



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL CENTER LIBRARY
SAN FRANCISCO







Centralblatt

für

INNERE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, **Gerhardt,** **v. Leube,** **v. Leyden,** **v. Liebermeister,**
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen,

Naunyn,
Straßburg i/E.,

Nothnagel,
Wien,

redigirt von

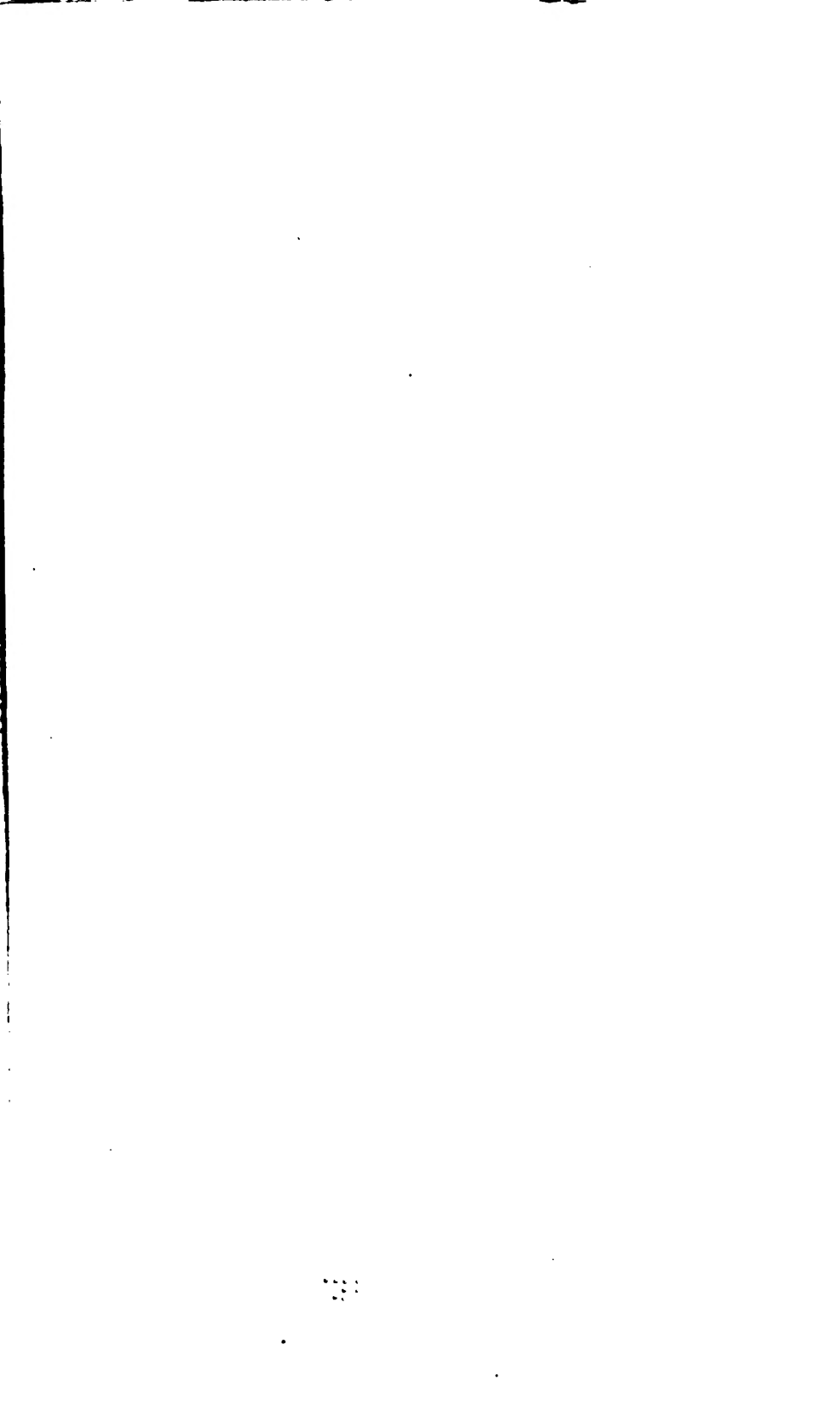
H. Unverricht,
Magdeburg.

Einundzwanzigster Jahrgang.

Leipzig,

Druck und Verlag von Preitkopf & Härtel.

1900.



Originalmittheilungen.

- Aporti, F., Über die Entstehung des Hämoglobins und der rothen Blutkörperchen. p. 41.
- und Figaroli, P., Zur Lage der akut entstandenen Ergüsse im Herzbeutel. p. 737.
- Arnold, V., Über Nachweis und Vorkommen der Acetessigsäure in pathologischem Harn. p. 417.
- Bettmann, Über hypeosinophile Granula. p. 129.
- Erwiderung auf den Artikel des Herrn Dr. Grünwald. p. 348.
- Binz, C., Die Wirkung des Destillats von Kaffee und Thee auf Athmung und Herz. p. 1169.
- v. Bleiweis, D. R., Über alimentäre Glykosurie e saccharo bei akuten fieberhaften Infektionskrankheiten. p. 50.
- Cohnheim, P., Eine neue, allgemein anwendbare Formel zur Restbestimmung im Magen. (Verallgemeinerung der Mathieu'schen Methode.) p. 441.
- v. Czylhars, E. und Donath, J., Ein Beitrag zur Lehre von der Entgiftung. p. 321.
- Donath J., und v. Czylhars, E., Ein Beitrag zur Lehre von der Entgiftung. p. 321.
- Edelsen, G., Zum Nachweise des Phenetidins im Harn. p. 2.
- Ferrannini, L., Anomalien des Körperbaues bei Kardiophtosis. p. 5.
- Figaroli, P. und Aporti, F., Zur Lage der akut entstandenen Ergüsse im Herzbeutel. p. 737.
- Freudweiller, M., Nachtheilige Erfahrungen bei der subkutanen Anwendung der Gelatine als blutstillendes Mittel. p. 689.
- Friedeberg, Einige Bemerkungen über Aspirin. p. 369.
- Fromm, E., Welche klinische Bedeutung besitzen ephemere, auf den Aufnahmetag im Krankenhause beschränkte Temperatursteigerungen? p. 665.
- Goldberg, B., Urotropin in der Behandlung der Cystitis. p. 713.
- Grawitz, E., Erklärung zu den Bemerkungen von Reineboth über »Blutveränderungen in Folge von Abkühlung«. p. 78.
- Grober, J. A., Quantitative Zuckerbestimmungen mit dem Eintauchrefraktometer. p. 201.
- Grünwald, L., Die Bedeutung der hypeosinophilen Granula. p. 345.
- Hasel, H., Nephritis bei Varicellen. p. 482.
- Hamburger, H. J., Untersuchung des Harns mittels kombinirter Anwendung von Gefrierpunkt- und Blutkörperchenmethode. p. 297.
- Hirta, Z., Noch einmal zur Kakke der Säuglinge. p. 273.
- Reissner, L., Über das Vorkommen jodophiler Leukoocyten bei Blutkrankheiten. p. 153.
- Jaenicke, A., Zur Behandlung des Pruritus senilis. p. 1193.
- Jalles, A., Über eine neue volumetrische Methode zur quantitativen Bestimmung der Purinbasen im Harn. p. 905.
- Jauch-Beck, A., Ein Fall von erworbener Stenose der Pulmonalarterie. p. 593.
- Jeller, A., Über Nahrungspausen bei der Säuglingsernährung. p. 393.

- Langmann, G. und Meltzer, S. J.,** Wird Strychnin durch lebendes thierisches Gewebe entgiftet? p. 929.
- Meltzer, S. J. und Langmann, G.,** Wird Strychnin durch lebendes thierisches Gewebe entgiftet? p. 929.
- Overlach,** Zur Kenntniss einiger neuer Arzneimittel. I. Fortoin, ein neues Cotoinpräparat. p. 249.
- Zur Kenntniss einiger neuer Arzneimittel. II. Eupyrin. p. 1121.
- Prochaska, A.,** Bakteriologische Blutuntersuchungen bei Pneumonie. p. 1145.
- Reineboth,** Blutveränderungen in Folge von Abkühlung. Eine Entgegnung auf E. Grawitz' Mittheilung: Über die Beeinflussung der Blutmischung durch kurzdauernde Kälteeinwirkungen. p. 73.
- Rosenfeld, G.,** Untersuchungen über Kohlehydrate. p. 177.
- Zur Methodik der Fettbestimmung. p. 833.
- Beiträge zur Pathologie des Alkohols. p. 1049.
- Rudolph,** Zur Pathogenese der cyklischen Albuminurie. p. 225.
- Schüle,** Bemerkungen über die Perkussion der akut entstandenen Perikardialergüsse. p. 857.
-

Namenverzeichnis.

- Aaron 551.
 Asser 571.
 Abbé 1117.
 Abbott, M. E., Adami, G.
 u. Nicholson, F. J. 603.
 Abderhalden, E. 492.
 Abramow, S. 362.
 Abrams, A. 10.
 Achard, C. u. Loeper, M.
 944.
 Achert 1159. 1288.
 Adami, G., Abbott, M. E.
 u. Nicholson, F. J. 603.
 — J. G. 330.
 Adamkiewicz, A. 1021. 1038.
 Adler 1041.
 — J. 1133.
 Adrian, C. 1100.
 Adersen 451.
 Agéron 510.
 Albrecht, E. 659.
 — H., Müller, H. F. u.
 Ghon, A. 220.
 — Ghon und Weichsel-
 baum 530.
 Albu 504. 513. 621. 1235.
 — A. 110.
 — A. u. Koch, M. 620.
 Aldor, L. u. Strauss, H.
 105.
 v. Aldor 1232.
 Alessis u. François 27.
 v. Alfthera 657.
 Allan, C. M. 651.
 Allara 946.
 d'Allocco 858.
 Ali, K. 38.
 de Amicis u. Paschioni 605.
 Anderson, J. 239.
 Anderton, W. B. u. Kely-
 nack 56.
 Amundale, T. 1094.
 Annett, H. E. 965. 1044.
 Antal 1039.
 Anton 555.
 — G. 561.
 Apolant 336.
 Aporti, F. 41. 405.
 — u. Figaroli, P. 737.
 Apostoli u. Planet 218.
 Arcangeli 66.
 Arloing u. Courmont 950.
 Armstrong 991.
 — J. R. 149.
 Arndt u. Nawratzki 123.
 997.
 Arnold, J. 1155.
 — V. 417.
 Arnolds, A. 368.
 Aseoli u. Draghi 491.
 Askanasy, M. 1111.
 — S. 1027.
 Auburtin, J. u. Brocard, M.
 544.
 Auché u. Chambrelent 819.
 Auclair, J. 819.
 Auerbach 1183. 1283.
 — M. 753.
 — N. 272.
 Aufrecht 390. 494. 696. 1097.
 — E. 1002.
 Ausset 948.
 — E. 14.
 Austerlitz u. Schenk 386.
 Aynaud u. Klippel 313.
 Babcock 127.
 Babes, V. u. Moscuna, S. 821.
 Bach 1255.
 Bachmann 1287.
 — W. 224.
 Backmann, W. 1234. 1291.
 Badano, F. 917.
 Bäumlcr, 469. 750.
 — C. 79. 475.
 Baginsky 733. 827. 828.
 1258. 1260.
 — A. 1309.
 Bain 1071.
 — W. u. Edgecombe, W.
 126.
 Baldi 546.
 Balfour, A. u. Porter, C.
 19. 935.
 Balut 1032.
 Bampton 408.
 Banatyne 991.
 Bandi, J. u. Terni, C. 1310.
 Banti, G. u. Pieraccini, G.
 615.
 v. Baracs 771.
 Barannikow, J. 1012. 1013.
 Barbagallo 1203.
 Barbiani, G. 151.
 Bardachai, F. 412.
 Barker 970.
 Barlow 1196.
 — H. W. L. 133.
 — R. 385.
 Barth, E. 920.
 Basch 601.
 — S. 263. 279. 537.
 Bassompierre u. Schneider
 920.
 Bastianelli, G. u. Bignami,
 A. 310.
 Bates 1070.
 Bauer, E. 553.
 — J. 600. 766.
 Bauermeister, W. 893.
 Baumgarten, E. 1167.
 — u. Tangl 516.
 Baumstark 1279.
 Bayer, C. 143. 534. 677.
 — L. 221.
 Bayet 216.
 Bayliss, R. A. 866.
 Beatty 1117.
 Becher 437. 679. 680.
 v. Bechterew 119. 539. 1087.
 Beck, J. C. 1250.
 — R. 1268.
 — M. u. Rabinowitsch,
 L. 815.
 Becker, E. 1153.
 — P. J. 919.
 Beco, L. 817. 846.
 Beddies, A. u. Tischler, W.
 957.
 Beavor, C. E. 258.
 — S. H. 89.

- Buttersack 104. 480. 632.
680.
Byers, J. W. 499.
Byrne 1106.
- Cabannes, C. 816.
Cabot 11. 1149.
Cade u. Courmont, P. 20.
Calandra 409.
v. Calcar, R. P. 379.
Caley, H. A. 769.
Callum, W. G. Mac und
Hastings, T. W. 761.
Calvo u. Giglioli 69.
Cambridge, P. J. 363.
— u. Garrod, A. 782.
de la Camp 1208.
— u. Scholz 1261.
Campbell 797. 806. 920. 1004.
— G. G. 289.
— H. J. 967.
Cantani 1276.
Castille 1267.
Carraquillal, J. de Dios
1312.
Cardile u. Gabbi 726.
Carossa 268.
Carpenter, C. R. 1304.
Carr, J. W. 86.
Carrel, A. 1067.
Carrier u. Lannois 922.
Carrière, G. 258. 496.
— M. 242.
Carson, N. B. 195.
Carter, A. H. 706.
Carthy, Mo. 608.
Caspari, W. 566.
Casper 245. 589. 612. 613.
1160.
Cassaet 786.
Cassel 656. 680. 733. 734.
Casteigne, J., Gilbert, A.
u. Lereboullet 1219.
Castellani 176.
Caton, R. 1064.
Cavassani 920.
— A. u. Ferrarini, G.
1197.
Caviechia u. Rosa 555.
Cazal 428.
Celli 863. 1010.
— A. 1114.
Cerné 287.
Cervello, V. 1208.
Cesare 149.
Cesaris-Demel 824.
Chaillous, M. 604.
Chalmers, A. J. 1036.
Chambrelent u. Auché 819.
Chapman, C. W. 650.
Chapman u. Ely 18.
Chaternikoff 295.
Chauffard 235.
Chauvel 191.
Chelmonski, A. 199.
- Chevrey, A. u. Thiercelin,
E. 688.
Chiari 728.
— H. 457. 795. 1296.
Chiaruttini, E. 1197.
Chirone 200.
Chrétien, E. u. Thomas, A.
262.
Christian, R. B. 558.
Christmas 1202.
Christowitsch, M. 607.
Chuquet u. Daremberg 816.
Chvostek 650.
Ciauri 207. 1062.
Cima 847.
Cioffi 426. 847.
Cipollina u. Maragliano, D.
170.
Clairmont 495.
— u. Kraus 527.
Clark 898. 1200.
Class, W. J. 1248.
Claude, H. 658.
Clemow 860.
— F. G. 150. 1011.
Le Clero-Dandoy 383.
Clinch, T. A. u. Jones, R.
L. 980.
Closier 150.
Coates, W. H. 407.
Coggeshall 902.
Cohen Solis 1211.
Cohn, H. 1239.
— M. 428. 1258.
— R. 352.
— T. 265. 290. 386. 1141.
Cohnheim 243. 643. 647.
— P. 441.
Colla 872.
Collier, H. S. 760.
Colombo u. Diamanti 517.
Comba, C. 558.
Combemale u. Mouton 625.
Comby, J. 1197.
Concetty, L. 986.
Connal 54.
Connor, J. O'. 1285.
Conradi 1244.
Coop u. Bruschini 257.
Cooper 440.
Corbett, L. 149.
Cordua 1292.
Cormac, J. M. Mac 608.
Cornet 951.
da Costa 24.
Coulthard 686.
Courmont, P. u. Cade 20.
— J. u. Jullien 848.
— u. Arloing 950.
Cox, R. 286.
Coyon u. Triboulet 681.
Crae, T. Mc. 882.
Crafts 1086.
Cramer, H. 685.
v. Criegern 878.
- Crispino 1179.
Croisier 113.
Crombie 695.
Croner, W. 641.
Cronheim u. Möller 1226.
Crosse, W. H. 865.
Crus, G. 975.
Cullinan, N. 639.
Curlo u. Terrile 564.
Curschmann 569.
— H. 328. 1019.
Curtis, F. 343.
Cushny, A. R. u. Wallace,
G. B. 342.
v. Cyon, E. 193. 799. 1253.
v. Csadek, O. u. Kornauth,
K. 995.
Czaplewski 92.
Czerny 685.
— A. 117.
v. Czyhlarz 377. 555.
— E. u. Donath, J. 321.
- Dagnini, G. 278.
Dalglish, J. W. 382.
de Damany 580.
Damsch, O. 785.
Dana 582.
— C. u. Schlapp, M. G.
1252.
Danegger, L. 1210.
Danziger, F. 147.
Daremberg u. Chuquet 816.
Darling 972.
Das, K. 455.
Dauber 192.
Davesac 368.
Dayton, H. 1229.
v. Decastello, A. u. Hof-
bauer, L. 884.
Deckart, P. 795.
Deganello 100. 194.
Dehler 635.
Delecourt, A. 990.
Deléards, A. 261. 1040.
Demateis 535. 869.
Dennig 1148.
— A. 390.
Denys u. Sabrazès 399.
Dergé, W. 1213.
Descoos, A. u. Bériel, L. 958.
Determann 319. 504.
Dettweiler 1211.
Deutsch 814.
— R. 940.
— W. 1192.
Diamanti u. Colombo 517.
Dickey 379.
Dide, M. 283.
Diemer, F. 787.
Dietrich 426. 971.
Dieudonné, A. 469.
Dieulafoy 191.
— G. 192.
Dinkler 1252.

- Dion, O. u. Sabrazès, J. 340.
 Dippe, H. 285.
 Dirmoser, E. 941.
 Distefano 326.
 Do, P. 810.
 Dónits 1115.
 — W. 1187.
 Doerfler 731.
 Dörfler 688.
 Dogiel, J. u. Nikolajew, W. 899.
 Dogliotti 1068.
 Doll 755.
 Domenichini 727.
 Donat, J., Schmidt, H.,
 Friedheim, L., Lamhofer,
 A. 516.
 Donath 585. 887.
 — J. u. v. Csyhlarz, E. 321.
 — J. u. Mannaberg, J. 364.
 O'Donnovan 324.
 Doolittle 168.
 Dornblüth, O. 1166.
 Douglas, C. C. 537.
 Draghi u. Ascoli 491.
 Drago, S. u. Motta-Coco 495.
 Drasche 499. 788. 986. 1120.
 — A. 487.
 Dreschfeld 880.
 Dreyer, W. u. Dunbar 856.
 v. Drigalski 1018.
 Droba 570.
 Dukas 640.
 — C. 427.
 Dunbar u. Dreyer, W. 856.
 Duplant, F. 11. 213.
 — R. 696.
 Duplant, F. u. Péhu, M. 826.
 Durduff 757.
 Duse 362.
 Dyson, W. 1101.
 Elason, J. 844.
 Ebbell 316.
 Eberhart, F. 71.
 Ebstein, W. 254. 764. 1218.
 — Schwalbe 438.
 Edebohls 190.
 Edel, P. u. Volhard, F. 1075.
 Edgescombe, W. u. Bain, W. 126.
 Edington, A. 533.
 Edlefsen 515.
 — G. 2. 265. 439.
 Edmunds 914.
 Egger, F. 67.
 Ehret, H. 316.
 Ehrlich 514.
 Eichhorst, H. 384. 806. 1108. 1214.
 Einhorn 802.
 — M. 343. 645. 824. 977. 1020. 1291.
 Einthoven, W. u. de Lint, R. 1061.
 Eisenbarth, B. 81.
 Eisenmenger 725.
 — V. 1243.
 Elbogen 701.
 Elgart 1247.
 Elgood 357.
 v. Eljass-Radsikowski 1191.
 Eliot, E. F. 1134.
 Elmassian 575.
 Elsner 622.
 Ely u. Chasman 18.
 Emanuel 117.
 v. Emden, J. E. G. 708.
 Engel, F. 1275.
 v. Engel, R. 675.
 Enriquez, E. u. Lereboullet, P. 407.
 Epstein 1129.
 Erb, W. 1139.
 Erben 1151.
 — F. u. v. Stejskal, C. 403.
 Escat, E. 476.
 Escherich 450. 1008. 1248.
 — T. 103.
 — Th. 989.
 Eschle 68.
 Esslemont 712.
 Etienne, G. u. Spillmann, P. 317.
 Eulenburg 264. 290. 318. 335. 995. 1019.
 — A. 36.
 Eulenstein, H. 354.
 Evans, D. J. 962.
 Evaristo 68.
 Everett u. Fitzgerald 1180.
 Ewald 31. 62. 336. 388. 389. 566. 1158. 1279.
 — C. A. 797.
 Ewart, W. 459. 519. 1307.
 — u. Percival 1216.
 Exner, A. 236.
 Eyre, H. u. Washbourn, J. W. 615.
 — J. W. u. Washbourn, S. W. 136.
 Faber 563.
 — K. u. Bloch, C. E. 404.
 McFadyen, A. 1137.
 Falta 797.
 Farez, P. 587.
 Fearnley 592.
 Feder 500.
 Feinberg 145.
 Felkl, G. 808.
 Felts 698.
 — L. 858.
 Fenwick 730.
 v. Fenyvessy 1070.
 Féré 316.
 — C. 922.
 Ferran, J. 1210.
 Ferrannini, L. 5.
 Ferrari 242.
 Ferrarini 415.
 — G. u. Cavazzani, A. 1197.
 Ferrero, E. 283.
 v. Fetscher, B. 659.
 Fibiger, J. 943.
 Fick, A. 265.
 Ficker, M. 986.
 Fiedler, A. 212.
 Figaroli, P. u. Aporti, F. 737.
 Figini 895.
 Filatoff, N. 573.
 de Fine Licht 527.
 Finger 381.
 Finizio 607.
 Finkelstein, H. 295.
 Finlayson 645.
 Finley, F. G. 629.
 Fiori 605.
 Fischer, L. 664.
 — O. 620.
 Fischl, R. 576. 1308.
 Fisher, T. 1064.
 — W. 478.
 Fitzgerald u. Everett 1180.
 — u. Savage 1266.
 Fitzpatrick, C. B. 1264.
 Flatau 925.
 Fleiner 1295.
 Fleischhauer, C. 139.
 Flexner 1266.
 Floeckinger 391.
 Floresco 653.
 Förster, F. 413.
 — u. Frenkel 1274.
 Ford, W. W. 1131.
 Forestier 991.
 Forlanini 794.
 Fornaca 37. 1120.
 Forster 245.
 Foster, A. 487.
 Fothergill, W. E. 1024.
 Foulerton, A. G. R. 63. 1044.
 Fournier, A. u. Lereboullet, L. 1033.
 Fowler, J. K. 498.
 Fränkel 335. 832.
 — A. 29. 30. 31. 56. 17. 318. 319. 387. 388. 61. 613. 679. 680. 733. 116. 1184. 1258.
 — B. 623. 950.
 — Gerhardt, C. u. v. Ledden, E. 949.
 — u. Onuf 172.
 Fraenkel, F. 471.
 — J. 1301.
 François u. Alesais 27.
 — Franck 37.
 Frank, A. 662.

- Frank, J. 1217.
 — O. u. Voit, F. 756.
 Franke, F. 822.
 v. Frankl-Hochwart, L. u.
 Fröhlich, A. 1280.
 Franz, K. 987.
 Fraser, C. L. 760.
 Fraustätter 1258.
 Frenkel 1042.
 — H. 829.
 — u. Förster 1274.
 Frese, O. 1151.
 Freudweiler, M. 689. 1005.
 Freund, W. 697.
 — C. S. u. Sachs, H. 1260.
 Frey, A. 128. 518. 855.
 Friedberger, E. 361.
 Friedeberg 369.
 Friedheim, L., Schmidt, H.,
 Lamhofer, A., Donat, J.
 516.
 Friedländer 1288.
 Friedmann 538. 943. 948.
 — F. F. 815.
 Friese, J. W. 472.
 Frinquet, M. 606.
 Fröhlich, A. u. v. Frankl-
 Hochwart, L. 1280.
 — H. 222.
 Fromm, E. 665.
 Frommeard 1103.
 Fuchs, F. R. 1177.
 — T. 1294.
 Furbinger 245. 802. 803.
 1160. 1258.
 — P. 94.
 Fürst 534.
 — L. 660. 1128. 1303.
 Fürstner 1165.
 Fündner, A. 126.
 Funke, K. 1253.
 — R. 756.
 Gabbi u. Cardile 726.
 Gabrilowisch 80.
 Gabritschewsky 1129.
 Gad, J. 266.
 Gaddi 622.
 Gade 373.
 Galasso 84.
 Galaville, L. u. Bosc, F.
 J. 848.
 Galeotti u. Lustig 479.
 Galli-Valerio 479.
 — B. 1011.
 — B. u. Rabow, S. 735.
 Galloria, P. 1213.
 Gambardella 875.
 Ganios 313.
 Gans 289.
 — E. 780.
 — H. 429.
 Garner u. Gilbert 329.
 — u. Roger 818.
 Garrod 991.
 Garrod, A. u. Cammidge
 782.
 Gathmann, A. u. Brasch,
 F. 1061.
 Gautier 366.
 Gavalá 1181.
 Gassotti 618.
 Gebauer, E. 240.
 Gebhardt 951.
 v. Gebhardt, F. 1041.
 Gebhart, A. 687.
 Gemmel, H. 457.
 Geraldini 1143.
 Gerber, O. P. 1245.
 Gerhardt 217. 319. 802. 803.
 — C. 923. 1206.
 — D. 809.
 — Fränkel, B. u. v. Ley-
 den, E. 949.
 Germani 1065.
 Gessler, H. 638.
 Ghetti 1191.
 Ghon, Albrecht u. Weichsel-
 baum 530.
 — A., Albrecht, H. u.
 Müller, H. F. 220.
 Gibert, M. 288.
 Gibson, G. A. 944.
 Giese 947.
 Giglioli u. Calvo 69.
 Gilbert, A., Casteigne, J. u.
 Lereboullet, P. 1219.
 — A. u. Lereboullet, P.
 980. 1220.
 — u. Weil, E. 882.
 — V. 70.
 — u. Garnier 329.
 Gile 628.
 Gill 970.
 Gilles, B. D. 1215.
 Gillespie 338.
 Gimlette, T. D. 616.
 de Giovanni 1286.
 Giuranna 851.
 Glaeser 1133.
 Gläser, J. A. 1262.
 Glaser 680.
 Glax, J. 123.
 Glockner, A. 619.
 Gluck 612. 734.
 Glücksmann, S. 994.
 Gnesda, M. 218.
 Godart-Danhieur 776.
 Goebel 260.
 — W. 1272.
 Goeppert 1029.
 Gorges 736. 1024.
 Goldberg, B. 713.
 Goldmann, F. 996.
 — J. A. 568.
 Goldscheider 29. 30. 62. 63.
 145. 146. 265. 290. 336.
 — E. 663.
 Golebiewski, E. 124.
 Goluboff, N. 267.
 Goltz, F. 117.
 Gomes 945.
 Goodliffe, J. H. 120.
 Gordinier 582.
 Gordon 213.
 — A. 1301.
 Gore 1221.
 Gottlieb 1116.
 Gottschalk 1184.
 Gottstein, A. 983.
 — G. 1073.
 Gould 880.
 Goulkewitch 1025.
 Gousset, F. A. P. 710.
 Gräupner 659.
 Graham, E. 664.
 de Grandmaison 627.
 Grassmann, K. 652.
 Graupner 283.
 Grawitz 256. 1136.
 — E. 78. 412. 432. 709.
 1093.
 Graziani 488.
 Greco 208. 329.
 Gregor 1236.
 — A. 374.
 — J. M. Mc. u. Thomson,
 J. 946.
 — K. 1000.
 Griffith 664.
 — T. W. 58.
 Grifon 13.
 — V. 845.
 — u. Besançon, F. 845.
 Grimbert 19.
 Grimm, A. 1306.
 Grober 636.
 — J. A. 201.
 Grocco, P. 340.
 Grohmann 246.
 v. Grolmann 198.
 Grøn 643.
 de Groot, J. 279.
 Grosskopf, W. 831. 855.
 Grube 462. 463. 585.
 — K. 315.
 Grünwald, L. 345.
 Grützmeyer, P. 142.
 Guccicardello 686.
 Guereini 902.
 Gürber, A. 266.
 Guillemot 648.
 Guireaud 367.
 Guizetti, P. 55.
 Gumprecht 794.
 — E. 1164.
 — F. 119. 470. 504.
 Gundersen, A. 341.
 Gutch 869.
 Guthrie, L. G. 87.
 Gutschy, F. 215. 218. 873.
 874. 875.
 Guttman 1024.
 — E. 995.

- de Haan, J. u. Zeehuisen, H. 434.
 Hadenfeldt 413.
 Hadley, W. u. Bulloch, W. 454.
 Häberlin 1094.
 Haenel, H. 482.
 Hagedorn, M. 759.
 Hagenbach-Burckhardt, F. 1309.
 Hahn, E. 18.
 Hajek, M. 1189.
 Halban 870.
 v. Halban 216.
 Hallé, J. 1201.
 Hallwachs, W. 211.
 Hamburger, H. J. 297. 525. 526. 550.
 Hamel 885.
 Hamilton, D. J. 943.
 Hammer, H. 1241.
 Hammerschlag, V. 1250.
 Handford 989.
 Hansy 672.
 Harbitz, F. 327.
 Hare, H. A. 391. 1144.
 Harmes 1246.
 Harnack, E. 389.
 Harrington, T. F. 815.
 Harris, T. 793.
 Hartmann u. Soupault 176.
 Hasenfeld, A. 211.
 Haškovec, L. 924.
 Hastings, T. W. u. Callum, W. G. Mac 761.
 Hauck 899.
 Hauser, G. 556.
 Hausmann, R. 68.
 Haussel 617.
 Hawkins, H. B. 571.
 Hawthorne, C. O. 587.
 Hay, J. 1067.
 Hayem, G. 1184.
 Healey, W. R. u. Hughes, M. L. 976.
 Hecht 756.
 — A. 1212.
 Heermann 148.
 Hegi, A. 416.
 Heiligenthal 542.
 Heim 512. 902.
 — M. 294. 903.
 — P. 791.
 Heimberger, J. 33.
 Heine 1290.
 Heitler, M. 210.
 Helbig 631.
 Hell 827.
 Hellendahl, H. 15.
 Hellendall, H. 807.
 Heller 473. 1111. 1112.
 Hemmeter, J. C. 642.
 Henke, R. 198.
 Henkel 624.
 Hennig, C. R. 198.
 Henoch 1137.
 Henry 1150.
 Henschen, L. E. 658.
 — S. E. 1087.
 Hensen, H. 126. 1068.
 Hering, H. E. 1257.
 Herman 976.
 Herrford 1182.
 Herringham, W. P. 360.
 Herrmann 15. 712.
 — A. 340. 700. 979.
 Hertoghe 548.
 Herwirsch, C. 389.
 Hers, L. 973.
 — M. 1142.
 — R. 1202.
 Hersberg 733.
 Hersfeld, J. 662.
 — K. A. 1079.
 Herzog, L. 107. 411.
 Hess, K. 1099.
 Heubner 30. 734. 828.
 — O. 1020. 1238.
 — u. Rubner, M. 682.
 Heymann, R. 166.
 — B. u. Neisser, M. 134.
 Hildebrandt, K. 464.
 Hill, L. u. Thomson, S. C. 116.
 Hillier 880.
 Hills 58.
 Hinshelwood, J. 173. 1038.
 Hirota, Z. 273.
 Hirsch, C. 1178.
 Hirschberg 852.
 — J. 1188.
 Hirschfeld, B. 1022.
 — F. 633.
 — H. u. Bloch, E. 564.
 Hirschl 925.
 His 463. 508. 509.
 — W. 193. 489. 915.
 Hladík, J. 887.
 Hochenegg 325.
 Hochhaus u. Reinecke 765.
 Hochsinger, C. 769. 945.
 Hochstetter, T. 104.
 Hock, A. 1298.
 Hoekenjoc 988.
 Höber, R. 140.
 Hödlmoser 730.
 Höfer 37.
 Höflmayr, L. 606.
 Hönig, J. 897.
 v. Hösslin 591.
 — R. 543.
 Hofbauer, L. 153. 775.
 — u. v. Decastello, A. 884.
 Hoffa, 634.
 — A. 636.
 Hoffmann, A. 503. 633. 1086.
 Hofmann 432.
 Hoke, E. 724. 1118.
 Holländer 246. 612.
 Holländer, E. 1101.
 Holm, H. 655.
 Holst 408.
 Holt 664.
 Holshäuser, K. 998.
 Holzknecht 790.
 — G. 695. 1074.
 Homburger, T. 272.
 Honigsmann, G. 959.
 Hoole, H. 634.
 Hoppe-Seyler 889.
 Horůčka, J. 937.
 Horton-Smith 813.
 Horváth, K. 897.
 v. Houtum, G. u. Thomas, P. H. S. 519.
 Hubert 1184.
 Huchard 128.
 — H. 65. 66.
 Hughes, M. L. u. Healey, W. R. 976.
 Hugot 170.
 Huismans, L. 56. 169.
 Hulbert, E. B. 947.
 Hunter, D. 653.
 — W. 883.
 Hutchinson 975.
 Hutinel 296.
 Huyghe 575.
 Ide 474.
 Indica 1263.
 Ingelrans 315.
 Ingianni, G. 880.
 Israel, J. 773. 982.
 — -Rosenthal 1007.
 Jaboulay 344.
 — u. Lannois 36.
 Jacob 28. 145.
 — C. 220.
 Jacobi 763.
 — A. 664. 1091.
 Jacobs 56. 687.
 Jacobssohn 289.
 Jacobsthal, H. 486.
 Jäger, H. 167.
 Jaenicke, A. 1193.
 Jakob 30. 437. 827.
 Jakobsohn 680.
 v. Jaksch 511. 512. 574.
 — R. 351. 725. 1249.
 Janisch 831.
 Japha 30. 31. 803. 827. 82. 1184.
 Jastrowitz 680.
 Jellinek 790.
 — S. u. Rosin, H. 43.
 Jemma, R. 671.
 Jessen 766.
 Jessner 759.
 v. Jéts 69.
 Jés, V. 937.
 Joffroy, A. 611.
 Johannessen 413. 498.

- Matthes 512.
Maurange, G. 33. 531.
May, A. 222.
— R. u. Lindemann, L. 1005.
Mayer 589. 680. 1023.
— A. 1135.
— G. 500.
— J. 336.
— P. 437. 551.
Mayet, L. 1222.
Maynard u. Uhthoff 982.
Menert, E. 962.
Melchior, F. A. 643.
Meldrum 411.
Maltzer 831.
— S. J. u. Langmann, G. 929.
Mendel, E. 1192.
— H. 473.
Mendelsohn 64.
— M. 65. 515. 1307.
Mendes, J. 150.
Menko, M. L. H. S. 610.
Mens 801.
v. Mering, J. 99.
Merkel 512.
Merkens, W. 1107.
Merr, F. 1279.
Messedaglia 871.
Metchnikoff 431.
Métin 1269.
Meyer 850.
— A. 1233.
— E. 336.
— F. 709.
— G. 145. 734.
Meyerhardt 1284.
Michaelis 30. 506. 508. 512.
626. 1159. 1183. 1184.
— L. 613.
— M. 613. 854.
— M. u. Blum, S. 255.
Michaelsen, O. 826.
v. Michel, J. 266.
v. Mieczkowski 729.
Miles, A. u. Shennan, T. 120.
Mills, H. W. 928.
Minkowski 463. 504. 509.
Minor, C. L. 1305.
Mintz, W. 1108.
Mircoli 817. 966. 1264.
— S. 88. 1096.
Mitchell 584.
— J. F. 190.
Miyake, H. 1199.
Modica 978.
Mobius 1085. 1188.
— P. J. 340.
Möhlau, F. G. 1285.
Moeller, A. 1211.
Möller, G. 1127.
Moffit, H. C. u. Ophüls, W. 1249.
Möhr 1282.
Molinié, J. 9.
Mollard, J. 320.
— u. Regaud 208.
Mongour 296.
Monnier 84.
— u. Malherbe, A. u. H. 1035.
Montagne, A. 705.
Monteux, G. u. Lop, A. 26.
Monti 1222.
v. Moraczewski, W. 778.
Morano 1295.
Moreigne, H. 1028.
Morel-Lavallée 767.
Morestin 286.
Morishima, K. 407.
Morison, A. 65. 1062.
Moritz 465. 509. 754.
Moroni 119.
Morris, S. G. 70.
Moscina, S. u. Babes, V. 821.
Mosler 951. 1211.
Mosse 632. 1159.
Motta-Coco u. Drago, S. 495.
Moure u. Liaros 35.
Mouton u. Combemale 625.
Moxter 871.
Mühlsam, R. 961.
Mueller, L. 294.
Müller 355. 468. 512.
— u. Cronheim 1226.
— H. F., Albrecht, H. u. Ghon, A. 220.
— F. 680.
— J. 1284.
— L. R. 541.
— W. 637.
Münser, E. 557. 1271.
Muller, G. 955.
Murray 970.
Murrell, W. 614.
Muscatello 384.
Mutterer 317.
Myrtle 915.
Naecke 1089. 1165.
Naegeli, O. 936.
Nagel, J. 408.
Nakanishi, K. 1015.
Nakanissi 529.
Nalin, E. u. Taidelli, A. 939.
Naphtali, M. u. Spiegel, L. 439.
Nathan, W. 1093.
McNaught, J. G. 1132.
Naunyn 238. 338. 469. 511. 512. 774.
— B. 127.
Nauwerk u. Schoedel 947.
Nawratski 897.
— u. Arndt 123. 997.
Nehrkorn 1153.
Neisser, E. u. Kahnert 1128.
— M. u. Heymann, B. 134.
Neufeld, F. u. Brieger, L. 624.
Neugebauer 1240.
Neumann 1180. 1182.
— A. E. 341.
— F. 1153.
— H. 234. 1091.
Neumayer 710.
— H. 782.
Neusser 465.
— E. 83.
Neustadt, L. 1212.
Neve 629.
Newman, D. 1100.
Nichols 1143.
Nicholson, F. J., Adami, G. u. Abbott, M. E. 603.
Nicolaier, A. 391.
Nicolas 1167.
— Ch. G. 694.
Nicolaysen, J. u. Thue, K. 959.
— L. 288. 960.
Nicolle 92.
Niessen, W. 1072.
v. Niessen 1048.
Nikolajew, D. 1076. 1135.
Nikolajew, W. u. Dogiel, J. 899.
Nimier 191.
Nobécourt 889.
Nölke 492.
Noica 1004.
Nonne 1278. 1302.
v. Noorden 463. 500.
— C. 951. 1092.
Northrup 148.
Nothnagel 193. 469. 503.
— H. 676.
v. Notthafft 659.
Novalković, S. 1004.
Nuttal, H. F. G. 1009.
Obrastsoff 84.
Obrastsov, W. 1079.
Okada 1188.
Oker-Blom, M. 916.
Ollwig 72.
Onuf u. Fränkel 172.
Ophüls 968.
— W. u. Moffit, H. C. 1249.
Opin 330.
Oppenheim 121.
— H. 1311.
Orb, D. 898.
Orbán, R. 705.
Orlandi, E. 209.
Ortner 256. 807.
Orton 24.
Osler, W. 981.
Ossipow 282.
Oswald, G. 1043.
Ott, A. 754. 1099.
— F. 1198.

Yeo, J. B. 1065.
 Yonge, E. S. 425.
 Young 102.
 Yule, G. P. 23.

Zabludowski 145.
 — J. 544.
 Zabolotny 860.
 Zadik, H. 491.
 Zahn, G. 110.
 — T. 111.
 Zaleski, J. u. Salaskin, S.
 372.

Zangger, T. F. 260.
 Zanoni 805. 844.
 — G. 497.
 Zaudy u. Schreiber, E. 914.
 Zeehuisen, H. 353. 577.
 — u. de Haan, J. 434.
 Zeidler 664.
 Zeltner, E. 735.
 Zen, O. 918.
 Zenets, M. K. 115. 1000.
 Zeuner, W. 879.
 v. Zeynek 233.
 Ziemann, H. 864.
 Ziemssen, O. 1240.

v. Ziemssen 33.
 — H. 1140.
 Zinn 969.
 Zoja 334.
 Zollikofer, R. 1261.
 Zoth, O. 460.
 Zuber u. Lereboullet 237.
 Zuckerkandl 379.
 Zülch 856.
 Župnik, L. 478. 572.
 Zuppinger 169. 960.
 Zweifel 1090.
 — P. 1168.

Sachverzeichnis.

Die mit *B* versehenen Artikel bezeichnen Bücherbesprechungen.

- Abdominale Diagnose** (W. Russell) 1078.
 — Sympathicusstörungen, Dehnung des Plexus solaris dabei (Jaboulay) 344.
 — und Pleurapunktion (H. Hellendall) 507.
Abdominelle Carcinome, Supraclaviculardrüsen (C. Tarchetti) 983.
Abducensparalyse bei cerebraler Kinderlähmung (Menz) 801.
Abführmittel der Aloëderivatgruppe (Esalemont) 712.
 — salinische und Darmresorption (G. B. Wallace und A. R. Cushny) 342.
Abhärtung, Disposition und Erkältung (Kisskalt) 448.
Abhandlungen der Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen (C. v. Noorden) *B* 951.
Abkühlung, Blutveränderung dadurch Reineboth 73, (E. Grawitz) 78, (Reineboth und Kohlhardt) 431.
Abcess des Gehirns und Aphasie (A. Miles und T. Shennan) 120.
 — Urämie und tuberkulöse Meningitis (P. Lereboullet) 121.
 — und Flecktyphus (A. Taussig) 1251.
 — des Kleinhirns, Chirurgie (Okada) *B* 1188.
 — der Leber bei Dysenterie (J. G. McNaught) 1132.
 — durch Bac. Eberth (Malenconini und Fieracini) 25.
 — peritonealer bei Magencarcinom (H. Bernard) 644.
Absynthepilepsie (Marinesco) 282.
Absynthismus, Alkoholismus u. Epilepsie (A. Joffroy) 611.
Acetessigsäure im Harn (V. Arnold) 417.
Acetonausscheidung (F. Voit) 374, (L. Schwars) 511.
 — urie (Waldvogel) 375.
Achillessehnenreflex, Fehlen dess. (Strasburger) 896.
Achylia gastrica (P. Mayer) 437, 589.
 — Magensaft (Mayer) 1023.
Achylia gastrica, Pepsin (J. Troller) 98.
Acidität bei Hyperchlorhydrie (A. Verhaegen) 106.
Aciditätsabnahme d. Harns bei Pneumonie (F. Pick) 1100.
Acidose bei Diabetes mellitus (H. Zeehuisen) 353.
Adam-Stokes'sche Krankheit und Herblock (W. His) 193.
Addison'sche Krankheit cf. Morbus Addison.
Adenie u. Leukämie (Sabrazès u. Denys) 399.
Adenocarcinom des Magens (Krokiewicz) 114.
Aderlass, Dyes'scher bei Unterschenkelgeschwüren (Bachmann) 1287.
 — und Transfusion bei Infektionskrankheiten (Reynaud) 1310.
Adhäsionen, peritoneale, und Ulcus ventriculi (B. Hirschfeld) 1022.
Adipositas universalis und Schilddrüsenpräparate (M. Porges) 1305.
Adstringentien und Dünndarmresorption (A. Gebhart) 687.
Aërotherapie, Apparate (Fraustätter) 1258.
 — Heißluftdusche (A. Frey) 518.
Ärzte, biographisches Lexikon (J. Pagel) *B* 1018.
 — und Patienten (F. Scholz) *B* 1190.
Ärzte, Zwischen Ärzten und Klienten (J. B. Ughetti) *B* 682.
Ärztliches Jahrbuch (v. Grolmann) *B* 198.
 — Taschenbuch (Heermann) *B* 148.
 — therapeutisches Taschenbuch (Bürwinkel) *B* 338.
Ätiologie d. akuten Exantheme (Siegel) 847.
 — der Dysenterie (Escherich) 1008.
 — der Geschwülste (M. Schüller) 1036.
 — der Gicht (A. P. Luff) 1071, (Goore) 1221.
 — des Hustens (S. Pechkrans) 13.
 — d. Kedanikkrankheit (K. Tanaka) 1016.
 — des Krebses (S. J. Sawyer) 1037.
 — d. krupösen Pneumonie (J. Rogina) 841.
 — der Nephritis (K. Thue) 1026.

- Ätiologie der Noma (E. Krahn) 1134.
 — der Polyarticulitis idiopathica (v. Niessen) 1048.
 — der Rachitis (Zweifel) *B* 1090, 1168, (Monti) 1222.
 — d. Ruhr (W. Kruse) 1265, (Flexner) 1266.
 — der Syphilis (M. Schüller) 1033.
 — der Tabes (M. Keude) 262.
 — der Zuckerkrankheit (H. Leo) *B* 1161.
 Affektionen d. Cauda equina (v. Bechterew) 539.
 Affen-Großhirn (F. Golts) 117.
 Agglutination des Bac. Nicolaier (J. Courmont u. Jullien) 848.
 — des Koch'schen Bacillus (Arloing u. Courmont) 950.
 Agglutinationslehre (F. Köhler) 935.
 — versuche mit mütterlichem u. kindlichem Blut (Halban) 870.
 Agglutinierende Fähigkeiten des Blutserums (Donath) 887.
 Agglutininung des Bac. Eberth durch Muttermilch (P. Courmont u. Cade) 20.
 — der Spermatozoen (R. L. Pitfield) 387.
 — der Tuberkelbacillen (Bendix) 335.
 Aix les Bains in Savoyen (v. Leyden) 480.
 Akinesia algera (Cavazzani) 920.
 Akromegalie (Bonardi) 650, (G. A. Gibson) 944.
 — Forme douloureuse (State) *B* 682.
 — Symptomatologie (Chvostek) 650.
 — und Diabetes (C. Achard und M. Loeper) 944.
 — und Myxödem (F. Pineles) 287.
 Aktinomyces (P. Krause) 1016.
 Aktinomycespilz (Sternberg) 866.
 Aktinomykose (N. Berestnew, C. Bayer) 534.
 — der Leber (Litten) 144.
 — des Mittellobes (J. C. Beck) 1250.
 — metastasirende (Benda) 336.
 — Albrücken, Stenokardie (O. Rosenbach) 1181.
 Albumen, in Essigsäure lösliches, im Urin (Duse) 362.
 — im Urin (P. J. Cammidge) 363.
 Albuminurie bei akuter Nephritis (R. Kolisch) 323.
 — bei Diabetes (Schupfer) 893.
 — bei Serumtherapie der Diphtherie (R. Zollikofer) 1261.
 — bei Skrofulose (Grasiani) 488.
 — cyklische (Rudolph) 225.
 — rheumatische (F. P. Weber) 1027.
 — Fehlen bei Nephritis (A. Cavazzani und G. Ferrarini) 1197.
 — und Nephritis (S. Pechkrans) 1026.
 Albuminurien (J. Teissier) *B* 1186.
 Albuminurische Retinitis (S. West) 362.
 Albumosen und Peptone bei der Ernährung (F. Voit) 292.
 Aleuronat zur Säuglingsernährung (M. Heim) 294.
 Alimentäre Glykosurie (Raimann) 889.
 — bei Infektionskrankheiten (D. R. v. Bleiweis) 50.
 — bei Pneumonie (Patella und Lodoli) 351.
 — bei Rachitis (Nobécourt) 888.
 — bei verschiedenen Krankheiten (Romaro) 350.
 — und diabetische Glykosurie (Strauss) 349, (J. Strauss) 890.
 — und Pankreasaffektionen (E. Wille) 350.
 Alimentäre Pentosurie der Diabetiker (R. v. Jaksoh) 351.
 Alkalessens des Blutes (J. de Haan und H. Zeehuysen) 434, (F. Kraus) 435, (Burmin) 886, (J. Hladík) 887.
 Alkarnose (L. Mueller, Knauer) 294.
 Alkohol bei der Ernährung (R. Rosemann) 293.
 — entziehung (Aufrecht) 390.
 — ische Polyneuritis (J. Hönig) 897.
 — ismus, Absynthismus und Epilepsie (A. Joffroy) 611.
 — und kindliches Nervensystem (M. Keude) 974.
 — Nahrungsmittel (G. Rosenfeld) 1044.
 — neuritis (Ingelrands) 315, (J. H. Larkin) 1280.
 — niederschlag im Urin (M. Bucco) 779.
 — Pathologie (G. Rosenfeld) 1049.
 — therapie der lokalen Tuberkulose (L. Neustadt) 1212.
 — umschläge bei peritonitischen Erscheinungen (Sehrwald) 1047.
 — und Maragliano'sches Tuberkulose-serum (S. Mircoli) 1096.
 — und Muskelarbeit (J. C. T. Scheffer) 494.
 — vergiftung (F. Bardachsi) 412.
 — im Kindesalter (F. Förster) 413.
 Almanach, therapeutischer, Beck's (Schill) *B* 634.
 Aloëderivatgruppe (Esslemont) 712.
 Alopecia praematura (E. Saalfeld) 653.
 Alter, Schlaflosigkeit (Dukes) 640.
 Altersgangrän (Falta) 797.
 — sklerose (Friedmann) 943.
 — veränderungen im Rückenmark (Sander) 1273.
 Alterthum, Hydrotherapie im (J. Marouse) *B* 1205.
 Amenorrhoe, Morbus Raynaud u. Tuberkulose (J. W. Byers) 499.
 Aminoform bei harnsaurer Diathese. (J. A. Goldmann) 568.
 Ammonurat, Ausfällung der Harnsäure (E. Wörner) 373.
 Amylenhydrat bei Diabetes insipidus (W. Niessen) 1072.
 Amyloide Degeneration (E. Schepilewsky) 1223.
 Amyotrophische Lateralsklerose (Schlesinger) *B* 1186.
 — Tabes (E. Chrétien u. A. Thomas) 262.

- Anaemia gravis** durch Hämorrhoidalblutungen (C. A. Ewald) 797.
 — **perniciosa** (Cabot) 1149, (Henry) 1150.
 — als Infektionskrankheit (W. Hunter) 893.
 — **Blutzusammensetzung** (F. Erben) 1151.
 — **Rückenmarksveränderungen** (W. Goebel) 1272.
 — **Sympathicusveränderungen** (Vincenzo) 1150.
 — und **Dermatrophie** (K. Faber und C. E. Bloch) 404.
 — **pseudoleukaemia** (S. Klein) 561.
 — **splenica** (Sippy) 402.
Anämie (Terrile u. Curlo) 564, (Senator) 1303.
 — bei **Knochencarcinose** (O. Frese) 1151.
 — bei **Lebercirrhose** (E. Hoke) 724.
 — im **Kindesalter** (L. Fürst) 1303.
Anämien, leukopenische (A. v. Decastello u. L. Hofbauer) 884.
 — und **Rückenmarksaaffektionen** (Marburg) 872.
Anästheticum, β -Eucain (Poole) 269.
Analgie des Cubitalis bei Epilepsie (Lannois und Carrier) 922.
Analyse des unregelmäßigen Pulses (K. J. Wenckebach) 792.
Anatomie, Grundriss (Stieda-Pansch) B 1185.
 — **Handatlas** (W. Spalteholz) B 1161.
Anchylostomaanämie, Stoffwechsel (Vannini) 940.
Aneurysma arterio-venosum (A. Carrel) 1067.
 — **cordis** (v. Leyden) 679.
 — **der Aorta** (H. Huchard) B 66, (Weinberger u. Weiss) 789, (v. Leyden) 173, (Lumsden) 1067, (H. Dayton) 1229.
 — **Durchbruch** in M. psoas (C. E. Beevor) 258.
 — **Elektrolyse** (H. A. Hare) 1144, (A. Bernheim) 1192.
 — **Fehldiagnose** durch Röntgenstrahlen (Kirchgässer) 789.
 — **Gelatineinjektionen** (Boinet) 128, (A. Fränkel) 318, (J. Buchholz) 790, (Geraldini) 1143.
 — **Kopfbewegungen** (Bruschini u. Coop) 257.
 — **Lungendurchbruch** (Thompson) 1066.
 — **Ösophagusdurchbruch** (Thompson) 1066.
 — **Pulsveränderung** (Steudel) 793.
 — **Ruptur** (L. E. Shaw) 288.
 — **Therapie** (Huchard) 128.
 — **der Bauchorta**, traumatisches (v. Leyden) 588.
 — **serpentinum multiplex** (Ewald) 388.
Anfall, asthmatischer (F. Riegel) 805.
Angina, Diphtherieheiserum, Erythema nodosum, Endoperikarditis (H. Senator) 262.
Angina durch Bac. fusiformis (Vincent) 580.
 — **lacunaris** (Siebert) 578.
 — **mit Endokarditis** (Packard) 762, (Roeger) 763.
 — **non diphtherica** (H. Zeehuysen) 577.
 — **pectoris**, Pathogenese (E. Orlandi) 209, (Morel-Lavallée) 767.
 — **phlegmonosa** (Soerensen) 578.
 — **streptococcica** (le Damany) 580.
 — und **Gelenkrheumatismus** (Kronenberg) 581.
 — und **Stomatitis** durch Pneumokokken (V. Griffon) 845.
Anginen im Kindesalter (R. Fischl) 576.
Angioma arteriale racemosum (Emanuel) 117.
Anguillula intestinalis, Invasion in die Darmwand (M. Askanazy) 1111.
Angulus Ludovici (D. Rothschild) B 197.
Ankylose der Wirbelsäule (P. Spillmann u. G. Étienne, Mutterer) 317, (Kirchgässer, L. R. Müller) 541, (Heilgenenthal) 542, (Glaser) 680, (Cantani) 1276, (A. Kühn) 1277.
Ankylostomiasis und Pferd (V. Korbilius) 1110.
Ankylostomum duodenale (J. E. G. v. Emden) 708.
Ansteckung mit Tuberkulose (Volland) 626, 964.
Antagonistischer Reflex Schäfer's (F. Gutschy) 218.
Anthelminthium, Chloroform (J. M. Whyte) 952.
Antibakterielle Mittel bei Erysipel (M. Heim) 903.
Antidiphtherieserum bei Keuchhusten (V. Gilbert) 70.
Antihämolyse und Hämolyse (Kraus und Clairmont) 527.
Antikörper bei Typhus (Deutsch) 814.
Antiperistaltik (R. Mühsam) 961.
Antipestöse Lymphe (C. Terni u. J. Bandi) 1310.
Antistreptokokkenserum bei Endokarditis (B. M. H. Rogers) 614.
 — bei **Erysipel** (W. Morrell, A. de Martigny) 614.
 — bei **Septikämie** (W. G. Spencer) 150.
 — bei **Streptococcie** der Lungen (Glossier) 150.
Antitetanusserum bei Tetanus (Taylor) 150.
Antitoxin gegen Tuberkulose (Mirooli) 1264.
 — **serum**, Spinalpunktion bei Tetanus (F. Schultze) 952.
 — und **Diphtherieimmunität** (R. W. Marsden) 927.
 — und **Diphtherielähmung** (F. Ransom) 1085.
Antitussin bei Keuchhusten (Heim) 902, (P. Krause) 1308.

- Antityphusextrakt bei Abdominaltyphus** (v. Jéts) 69.
Anurie bei Hysterie (A. Gordon) 1301.
Anussphinkteren, Innervation (L. v. Frankl-Hochwart und A. Fröhlich) 1280.
Aorta, Carcinommetastase (R. Volk) 788.
 — radiographisches Verhalten (Holsknecht) 790.
Aortenaneurysma (H. Huchard) B 66.
 — Fehldiagnose durch Röntgenstrahlen (Kirchgässer) 789.
 — Gelatineinjektionen (J. Buchholz) 790.
 — Lungendurchbruch (Thompson) 1066.
 — Ösophagusdurchbruch (Thomson) 1066.
 — Ruptur (L. E. Shaw) 788.
 — seltene Form (Weinberger u. Weiss) 789.
Aortenaneurysmen (H. Dayton) 1229. (v. Leyden) 173, (Lumaden) 1067.
 — Durchbruch in den M. psoas (C. E. Beever) 258.
 — Elektrolyse (H. A. Hare) 1144, (A. Bernheim) 1192.
 — Gelatineinjektionen (Boinet) 128, (Geraldini) 1143.
 — Pulsveränderungen (Steudel) 793.
 — rhythmische Kopfbewegungen (Bruschini und Coop) 257.
 — Therapie (Huchard) 128.
Aortenentzündung mit Myokarditis (J. F. Poynton) 257.
 — Erkrankungen, Diagnostik (F. Pick) 1227.
 — klappe, traumatische Zerreißung (Strassmann) 1257.
 — klappenerkrankungen (T. Fisher) 1064.
 — insufficiens, Bewegungsphänomene in der Mundhöhle (Schlesinger) 1229.
 — kompensirte, venöse Stauungen dabei (Ortner) 256.
 — Verspätung der Pulsweite (J. Mackensie) 257.
Aphasie (v. Leyden) 437. Fehlen ders. bei Facialislähmung (Figini) 895.
 — gekreuzte (B. Bramwell) 171, 172.
 — Hemiplegie nach Magenblutung (L. Bouveret) 171.
 — bei Helminthiasis (Maragliano) 800.
 — transcorticale, motorische (Pick) 559.
 — und Dysarthrie (Fränkel und Onuf) 172.
 — und Gehirnbräuse (A. Miles und T. Shennan) 120.
Aphonien, hysterische (E. Baumgarten) 1167.
Apnoë, Dyspnoë, Athemreflex (F. Schenck) 697.
Apparat zur Aërotherapie (Fraustätter) 1258.
 — zur Schnupfenbehandlung (L. Sarason) 247.
 — zur Vibrationsmassage (Achert) 1159.
- Appendicitis** (Dieulafoy) 191, 192, (F. Legueu, A. Gundersen) 341, (Feltz) 698 (J. Scott Riddell) 958, J. Nicolayser und K. Thue, G. Honigmann) 959 (Neugebauer) 1240.
 — Fremdkörper (J. F. Mitchell) 190.
 — in der Armee (Chauvel) 191.
 — Pathogenese (de Klecki) 189.
 — Toxizität (Dieulafoy) 192.
 — und Epiploitis (L. Levrey) 701.
 — und Ovarialcyste (F. A. Southam) 702.
 — und Peritonitis (W. Merckens) 1107.
 — und Trauma (Nimier) 191.
 — und Tubengravidität (Elbogen) 701.
 — und Typhlitis (Dauber) 192.
 — und Wanderniere (Edebohls) 190.
Appendixkoliken (Talamon) 699.
Appetitregend, Orexinum tannicum (E. Zeltner) 735.
Apyretisches Fieber (Ughetti) 552.
Arbeiter, Heilbehandlung (Bielefeld) 1 635.
 — Tuberkulose (de Grandmaison) 627.
 — versicherung, Leistungen (G. A. Klein) B 635.
Argentamin (Bergel) 999.
Arrhythmie des Herzens durch Krotont (M. Heitler) 210.
Armee, Appendicitis (Chauvel) 191.
 — Tuberkulose (Schjerning) 89.
Armenfürsorge und Beschäftigung in der Krankenbehandlung (Buttersack) 632 680.
Arsenbehandlung der Chorea, Neuritis (T. C. Raiton) 637.
 — bei tuberkulöser Enteritis (Kolipinski) 1212.
 — Melanodermie danach (E. Enriquez und P. Lereboullet) 407.
 — und Thyreoideapräparate (Ewald) 566.
 — vergiftung bei Chorea (Barker) 970.
 — und Milchsäure im Organismus (K. Morishima) 407.
d'Arsonvalisation, Blutdruck dabei (Eulenburg) 318.
d'Arsonval'sche Ströme (L. Mann) 518.
Arterielle Hypertension (Forlanini) 794.
Arteriosklerose (Maragliano) 942.
 — und Höhenkurorte (T. F. Zangger) 280.
 — und Syphilis (Berghins) 1033.
Arthritis blennorrhagica (F. Duplout u. M. Péhu) 826, beim Kinde (J. Hallé) 1201.
 — deformans und Gelenkrheumatismus (Johannessen) 598.
 — durch Pneumokokken (F. Besançon und V. Griffon) 845.
 — gonorrhoea (J. O'Connor) 1285.
 — Eisenjodidsirup (Wilson) 1306.
 — rheumatica (R. A. Bayliss) 866.
 — u. Tonsillen (F. A. Packard) 867.
 — d. Wirbelsäule (M. Steiner) 581.
 — suppurativa mit Septicopyämie (Weeney) 990.

- Arthropathien bei Dysenterie (P. Remlinger) 243.
 — bei Syringomyelie (M. Gnesda) 218.
 Arzneibehandlung der Neurasthenie (O. Dorablüth) 1166.
 — mittel, neue Fortoin (Overlach) 249.
 Eupyrin (Overlach) 1121.
 — und Methämoglobinbildung (A. Dennig) 390.
 — zur Epilepsiebehandlung (R. Laudenhimer) 1166.
 Art, strafrechtliche Verantwortlichkeit (R. Schmidt) B 1162.
 Ascaris lumbricoides, Mikroorganismen dess. (Demateis) 869.
 Ascites bei Lebercirrhose, Harnstoff dabei (J. Sabrasès u. O. Dion) 340.
 — peritoneale Adhäsionen (H. D. Rolleston und G. R. Turner) 1096.
 — Operation (A. E. Neumann) 341.
 — chylöser und Hydrothorax (B. Shaw) 918.
 — lipolytisches Ferment (H. J. Hamburger) 550.
 — Stoffwechsel (Marischler und Osarkiewics) 490.
 Aspergillus-Pneumomykosis (F. Saxer) B 438.
 Apnoë als Cardiotonicum (Durduf) 757.
 Aspirin (Friedeberg) 369, (Floesking) 391, (E. Roelig, E. Grawits, H. Liesau) 709, (R. Manasse) 998.
 Aspirationsdrainage zur Empyembehandlung (E. Junod) B 267.
 Asthma bronchiale (N. Goluboff) B 267, (A. Fränkel) 387, (Romme) 804, (W. B. Bell) 1002.
 — und Bronchitis fibrinosa (A. Posselt) 693.
 — cerebrales und cardiales (O. Rosenbach) 1181.
 — u. Autointoxikation (Bellotti) 1224.
 — und Bronchialmuskulatur (E. Aufrecht) 1002.
 — und obere Luftwege (P. W. Bride) 1002.
 Asthmatischer Anfall (F. Riegel) 805.
 Ataxie, lokomotorische (F. F. Ward) 264.
 Athembewegungen und Blutgase (W. Pflüger) 697.
 Athemreflexe bei Apnoë u. Dyspnoë (F. Schenck) 697.
 Atmung und Cirkulation, Schilddrüsenwirkung (v. Fenyvessy) 1070.
 — und Herz, Wirkung von Thee und Kaffee (C. Bins) 1169.
 — und Morphinderivate (H. Winternitz) 320.
 — Weingeistwirkung (S. Wendelstadt) 10.
 — beschleunigung und Herzhätigkeit (F. Brasch und A. Gathmann) 1061.
 — scentrum (A. Kreidl) 195.
 — störungen bei Hemiplegie (Boeri u. Simonelli) 1253.
 Atlas von Beleuchtungsbildern d. Trommelfelles (K. Bürkner) B 759.
 — des Nervensystems (C. Jacob) B 220.
 — der Unfallheilkunde (E. Golebiewski) B 124.
 Atrioventrikularklappen, Insufficiens (F. R. Fuchs) 1177.
 Atrophie des Magens (Plessi) 109.
 Atrophischer Magenkatarrh (Reichmann) 109.
 Atropin und Pilocarpin bei Pepsinsekretion (A. Schiff) 1022.
 Auge, Neurologie (H. Wilbrand und A. Sänger) B 995.
 Augenärztliche Unfallpraxis (M. Maschke) B 995.
 — bewegung und Lidschluss (H. E. Hering) 1257.
 — krankheiten des Kindesalters (R. Guttmann) B 995.
 — lepra (Neve) 629.
 — lider, Bewegung (J. Gad) B 286.
 — muskellähmungen, postdiphtherische (J. P. Parkinson u. S. Stephenson) 312.
 Ausgleichvorgänge in Krankheiten (W. Leube) 449.
 Aushusten von Kalksteinchen (S. Novalkovici) 1004.
 Ausrottung der Tuberkulose (A. Ransome) 950.
 Austern, Verbreiter des Typhus (J. Horčička) 937.
 Austrocknung und Diplococcus lanceolatus (D. Ottolenghi) 993.
 Auswurf u. Tuberkelbacillen (Brieger) 877.
 Autodigestion des Pankreas (H. Chiari) 1296.
 Autointoxikation der Schwangerschaft (Bouffe de Saint-Blaise) B 949.
 — Dermatoze, Tetanie (Valenza) 1203.
 — Hyperemesis gravidarum (E. Dirmoser) 941.
 — intestinale (R. Deutsch) 940.
 — morbus Graves (C. L. Minor) 1305.
 — organotherapeutische Mittel (Poehl) 505.
 — und Asthma (Bellotti) 1224.
 Babinski's Phänomen, Fußsohlenreizung (Boeri) 196.
 Baccelli's Herstheorie (Mariani) 207.
 Bacillämie durch Pyocyaneus (Brill und Libmann) 242.
 Bacillus des Respirationstractus (Elmasian) 575.
 — der Vaccine (K. Nakanishi) 1015.
 — coli communis und Bac. typhosus (R. W. Mackenna) 935, (A. Mankowski) 984.
 — Eberth, Abscesse (Malenchini und Pieraccini) 25.
 — Agglutininung d. Muttermilch (P. Courmont und Cade) 20.
 — Bacterium coli und Nitrate (Grimbert) 19.

- Bacillus Eberth bei Meningitis** (Hugot) 170.
- Vererbung d. Immunität gegen dens. (Remlinger) 20.
- fusiformis, Angina (Vincent) 580.
- ieteroides (J. B. de Lacerda und A. Ramos) 859.
- Nicolaier, Agglutination (J. Courmont und Jullien) 848.
- typhosus und *Bac. coli communis* (R. W. MacKenna) 935.
- Bacterium coli** (A. Radsiewski) 985.
- **Bacillus Eberth und Nitrate** (Grimbert) 19.
- Cerebrospinalmeningitis dadurch (d'Allocco) 858.
- lact. aërogenes, Meningitis suppurativa (A. Scheib) 1250.
- Bakteriurie** (Warburg) 377.
- Bäder und Massage, Blutdruck dabei** (W. Edgecombe u. W. Bain) 126.
- und Mineralwässer bei Nephritis (F. Schlagintweit) 519.
- kuren in Nauheim bei Herzkranken (Gräupner) *B* 659.
- Baktericide Leukocytenstoffe** (F. Weleminsky) 1269.
- Bakterien auf Troponnährböden** (P. Krause) 1270.
- befunde bei Leichen (L. Löw) 1268.
- der Leiche (E. Klein) 1017.
- Eindringen in Eier (Bucco) 528.
- elimination in Nieren und Leber (Métin) 1269.
- Färbungsmethode (Nakanissi) 529.
- gehalt der Lunge (L. Beco) 846.
- der Urethra (Schenk u. Austerlits) 386.
- resorption vom Darne aus (H. Markus) 528.
- und Temperaturen (A. McFadyen) 1137.
- Bakteriologie der Bronchitis membranacea** (Griffon) 13.
- des Gallenblaseninhaltes (v. Mieczkowski) 729.
- der Gangrän (H. Rath) 994.
- der Lepra (J. Barannikow) 1012, 1013.
- Osaena (Perez) 849.
- der Pest (Rees) 1267.
- des Typhus (A. Balfour u. C. Porter) 19, 935, (E. Gebauer) 240.
- der Typhuspneumonien (V. Stählern) 983.
- Bakteriologische Blutuntersuchungen** (de Fine Licht) 527.
- bei Pneumonie (A. Prochaska) 1145.
- Diphtheriediagnose (Ustredt) 133, (Bronstein) 823, (L. Concetti) 986.
- über Cerebrospinalmeningitis (H. Jäger) 167.
- Balantidium coli im Darmkanal** (R. Sievers) 707.
- Balneotherapie b. uterinen Herabsehwenden** (H. Kisch) 1119.
- Lehrbuch (J. Glax) *B* 123.
- Kreislauf und Blut (H. Kisch) 125.
- Bandwurmmittel, Chloroform** (O. Leichtenstern) 103, (J. M. Whyte) 952.
- Salol (Galli-Valerio) 479.
- Basedow'sche Krankheit** cf. Morbus Basedow.
- Basilarmeningitis, traumatische** (L. Huismans) 169.
- Bathykardie** (Mosse) 1159.
- Bauchfelltuberkulose b. Kindern** (Cassel) 656, 680, 733.
- Laparotomie (O. Borchgrevink) 879, (G. Ingianti) 880.
- operative Behandlung (A. Frank, J. Herzfeld) 662.
- Bauchhöhle, Schmerzempfindungen** (W. Obrastow) 1079.
- und Gelenkhöhle des Kaninchens, saures, harnsaures Natron (W. His jun.) 915.
- wand, Gasabscesse (H. v. Schrötter) 604.
- Behandlung der Kinderkrankheiten** (H. Neumann) *B* 1091.
- Beeinflussung, künstliche, der Magensaftsekretion** (v. Aldor) 1232.
- Bein, Elephantiasis** (M. Cohn) 1258.
- Beiträge zur Physiologie, Festschrift für A. Fick** *B* 265.
- Bekämpfung der Körnerkrankheit** (J. Hirschberg) *B* 1188.
- der Tuberkulose als Volkskrankheit (Winternitz) 878.
- Belastung, erbliche, bei Paralyse** (Naecke) 1089.
- Beleuchtungsbilder des Trommelfelles, Atlas** (K. Brückner) *B* 759.
- Belladonnavergiftung** (Joseph, Calandra) 409.
- Bell'sches Phänomen** (J. v. Michel) *B* 266.
- bei Facialislähmung (A. Margulies) 896.
- Bence-Jones'scher Eiweißkörper** (Magnus-Levy) 511.
- Benzinvergiftung** (F. Spurr) 414.
- Beriberi** (Clark) 898.
- Landry'sche Paralyse, Polymyositis, multiple Neuritis (Ebbell) 316.
- Bericht der Malariaexpedition** (R. Koch) 1136.
- des Serum Instituts zu Steglitz (Dönitz) *B* 1115, 1187.
- d. Thompson-Laboratorium *B* 1115.
- der Tollwuthabtheilung (Marx) *B* 1187.
- über den Tuberkulose-Kongress (Pannwitz) *B* 125.
- Berlin. Gelbsucht daselbst** (H. Neumann) 234.
- Berliner Verein f. innere Medicin** (Sitzungsberichte) 28, 30, 61, 63, 144, 173, 243

- 264, 269, 318, 335, 387, 437, 588, 612, 631, 656, 733, 802, 827, 1111, 1158, 1162, 1257.
- Bernhardt-Roth'sche Sensibilitätsstörung (F. Gutschy) 873.
- Beschäftigung von Kranken (Buttersack) 104, 480, 632, 680.
- und Armenfürsorge in der Krankenbehandlung (Buttersack) 632, 680.
- Beulenpest in Bombay (H. Albrecht, H. F. Müller und A. Ghon) B 220.
- Bevölkerungsklassen, verschiedene, Neurasthenie ders. (Petrén) 1299.
- Beweglichkeit der 10. Rippe bei Enteropneose (E. Meinert) 962.
- Bewegungsphänomen in der Mundhöhle bei Aortenklappeninsuffizienz (Schlesinger) 1229.
- Bewusstseinsstörung, passagere (Placzek) 1301.
- Bibliographischer Semesterbericht d. Neurologie (Buschan) B 758.
- Bierhefe bei Furunkulose (Bidoli) 544.
- bei Gastroenteritis der Kinder (E. Thiercelin und A. Chevrey) 688.
- Bilharzia, Hämaturie (Guteb) 869.
- Biologie der Malaria Parasiten (Lewkowicz) 862.
- Bissverletzungen bei Tollwuth (M. Kirehner) B 1187.
- Vorfragen (E. Albrecht) B 659.
- Blasengeschwülste (W. Wendel) 776, (F. A. Southam) 777.
- stein, Carcinom vortäuschend (Dickey) 379.
- neurosen (Auerbach) 1283.
- tuberkulose (Casper) 589, 612.
- Blastomyceten im Papillom (Vedeler) 536.
- Bleichsucht, Behandlung (E. Grawitz) 1093.
- Bleiintoxikation, körnige Degeneration der rothen Blutsellen (Hamel) 885.
- vergiftung (Zinn) 969, (Gill) 970.
- Blennorrhagische Arthritis (F. Duplout und M. Péhu) 826.
- beim Kinde (J. Hallé) 1201.
- Blennorrhhoische Phlebitis (Balut) 1032.
- Blickrichtung und Größe der Gestirne (O. Zoth) 460.
- Blinddarmstründung, diätetische Behandlung (A. Richter) 1240.
- tuberkulose u. Carcinom (Obrastzoff) 94.
- Hitzschlag und Nervenaffinität (Reichl) 1251.
- Blutalkalescenz (J. de Haan u. H. Zeehuysen) 434, (F. Kraus) 435, (Burmin) 586, (J. Hladik) 887.
- antibakterielles Vermögen, Einfluss d. Kohlensäure (H. J. Hamburger) 525.
- befund bei Influenzaepidemie (O. P. Gerber) 1245.
- Diazoreaktion bei Masern (K. Frans) 987.
- bei Magencarcinom (A. Krokiewicz) 866.
- Blutbeschaffenheit und Blutdruck (S. Kornfeld) 1304.
- bildung und Eisen (Hofmann) 432.
- druck bei Bädern und Massage (W. Edgcombe und W. Bain) 126.
- bei d'Arsonvalisation (Eulenburg) 318.
- bei Morbus Addison (C. Turner) 487.
- bei neuropathischen Kindern (P. Heim) 791.
- bei Typhus (Alessais und François) 27.
- der Gesunden (S. Jellinek) 790.
- messungen bei Geisteskranken (Piles) 655.
- mit dem Gärtner'schen Tonometer (Schüle) 1230.
- Physiologie (H. Hensen) 1068.
- u. Blutbeschaffenheit (S. Kornfeld) 1304.
- und Stickstoffstoffwechsel (Ascoli und Draghi) 491.
- elektrische Leitfähigkeit (M. Okerblom) 916.
- farbekraft und Eisengehalt (H. Rosin und S. Jellinek) 433.
- fluss im Kapillargebiete bei Venenausstreichung (A. Frey) 128.
- gase und Athembewegungen (W. Plavec) 697.
- gefäße bei Syphilis (S. Abramow) 382.
- Hämoglobingehalt bei Gastrektasie (T. Zahn) 111.
- isotonie b. Chlorose (F. Aporti) 405.
- körperchen, rothe, kernhaltige im Blute (Jünger) 885.
- körnige Degeneration bei Bleiintoxikation (Hamel) 885.
- Kohäsion bei Pneumonie (S. Shattock) 842.
- und Hämoglobin. Entstehung ders. (F. Aporti) 41.
- und Gefrierpunktmethode zur Harnuntersuchung (H. J. Hamburger) 297.
- weiße, diastatisches Ferment (Tarchetti) 1157.
- zählung (Starke) 510.
- im Hochgebirge (Turban) 431.
- krankheiten (G. Hayem) B 1184.
- jodophile Leukocyten dabei (L. Hofbauer) 153.
- mütterliches und kindliches, Agglutinationsversuche (Halban) 870.
- Phosphorsäurebestimmung (W. Mackie) 434.
- Pneumokokken in dems. (Silvestrini und Sertoli) 135, (Pane) 136.
- probe, Bremer'sche, bei Diabetes (Schneider) 355.
- Reaktion, Williamson'sche, bei Diabetes (Lucibelli) 354, (Müller) 355.

- Blutserum (A. Gürber) *B* 266.
 ——— agglutinirende Fähigkeiten (Donath) 887.
 ——— injektion, gelatinisirte (Davesac) 368.
 ——— und Vaccine (Kodjabaschew) 1014.
 ——— von Pneumoniern u. Gruber-Widal'sche Reaktion (E. Kraus) 1247.
 ——— stillung, Gelatineinjektionen (M. Wager) 1142, (Nichols) 1143.
 ——— stockung, Nervenveränderungen (Lapinsky) 314.
 ——— temperatur und inhibitorisches bulbäres Herzcentrum (Degonello) 194.
 ——— Typhusbacillen (Auerbach) 1183.
 ——— und Harnkonzentration bei Nierenkrankheiten (L. Lindemann) 357.
 ——— und Kreislauf, Balneotherapie (H. Kisch) 125.
 ——— ung nach Zahnextraktion (S. Taussig) 1153.
 ——— ungen, Jodkalium und Jodnatrium dabei (A. Chelmonski) 199.
 ——— terminale (J. Loew) 1231.
 ——— untersuchung, bakteriologische (de Fine Licht) 527.
 ——— ——— bei Pneumonie (A. Prochaska) 1145.
 ——— Methode (Strubell) 509.
 ——— veränderungen d. Abkühlung (Reineboth) 73, (E. Grawitz) 78, (Reineboth und Kohlhardt) 431.
 ——— zellen rothe, körnige Degeneration (E. Grawitz) 432, (Hamel) 885.
 ——— zusammensetzung bei Lymphämie (F. Erben) 1151.
 ——— ——— bei perniziöser Anämie (F. Erben) 1151.
 ——— ——— und Höhenklima (W. Römisch) 1156.
 Böhmen, Flecktyphus (J. Pelc) 571.
 Boerner's Reichsmedicinalkalender *B* 1162.
 Bombay, Beulenpest (H. Albrecht, H. F. Müller und A. Ghon) 220.
 Borax und Borsäure, Giftigkeit (O. Liebreich) 972.
 Borsäureschnuller bei Soor (T. Escherich) 103.
 ——— und Formalin als Milchsatz (H. E. Annett, A. G. R. Foulerton) 1044.
 Bordet'scher Versuch (Michaelis) 1159.
 Breslau, Diphtherieuntersuchungsstation (M. Neisser und B. Heymann) 134.
 Bromipin bei Epilepsie (G. Leubuscher, Kothe) 638.
 Bromoformvergiftung (Darling, Longhurst) 972.
 Bromvergiftung, Gehirnveränderungen (Portioli) 410.
 Bronchialasthma (N. Goluboff) *B* 267, (A. Fränkel) 387, (Romme) 804.
 ——— und Bronchitis fibrinosa (A. Posselt) 693.
 Bronchialdrüsenkrankung (Ferrari) 242.
 ——— muskulatur und Asthma (E. Aufrecht) 1002.
 ——— stenose, radioskopisches Symptom (G. Holzknecht) 695.
 Bronchiektasie, Guajakoldämpfe (G. H. Parry) 832.
 Bronchitis, eosinophile (W. Teichmüller) 12.
 ——— fibrinosa (A. Schittenheim) 1003.
 ——— ——— und Asthma bronchiale (A. Posselt) 693.
 ——— pseudomembranacea (J. Lépine) 12.
 ——— membranacea (Griffon) 13.
 ——— senile (Willcox) 832.
 Bronchopneumonie der Kinder (E. Vidal) 248.
 Bronchus, Epithelialeumoren (Ch. G. Nicolas) 694.
 ——— Fremdkörper (Lambotte) 12.
 ——— Pfeifenspitze in dems. (Crombie) 695.
 ——— Verengerung (Fr. Duplant) 11.
 Bruit de pot fêlé (F. Duplant) 696.
 Brusthöhle, Verletzung (Kolbe) 15.
 ——— messung (H. Fröhlich) *B* 222.
 Bubonen, pneumonische u. septikämische Pest (Cantlie) 1267.
 ——— pest, prophylaktische Impfung (Lustig und Galeotti) 479.
 Buchstabenblindheit ohne Wortblindheit (J. Hinchelwood) 173.
 Bulbärlähmung (Schüle) 216.
 ——— paralyse, sprachgymnastische Übungen (H. E. Kropf) 34.
 Butter, Milch, Margarine, Tuberkelbacillen (H. E. Annett) 965.
 Cacodylinjektionen (R. Simon) 735.
 Caissonerkrankungen (L. v. Schrötter) 540.
 ——— Hämatomyelie (J. Lépine) 851.
 Cancroin bei Magencarcinom (A. Adamkiewicz) 1021.
 Carcinom des Dickdarmes (Boas) 31, 61.
 ——— des Hodens beim Kinde (Clark) 1200.
 ——— der Leber (White) 727.
 ——— ——— mit Cirrhose (Lindner, Gabbi u. Cardile) 726.
 ——— des Magens (F. A. Melchior) 643.
 ——— ——— Blutverhalten (A. Krokiewicz) 886.
 ——— ——— Frühdiagnose (W. Croner) 641, (J. C. Hemmeter) 642.
 ——— ——— u. Cancroin (A. Adamkiewicz) 1021.
 ——— ——— u. Koma (Grøn) 643.
 ——— ——— u. Linitis (Ramoino) 114.
 ——— ——— u. peritonealer Abscess (H. Bernard) 644.
 ——— ——— u. Protozoen (Cohnheim) 643.
 ——— des Ösophagus (Ewald) 388.
 ——— ——— Magens u. Darmes (J. Boas) 505.
 ——— des Pankreas (Hödlmoser) 730.
 ——— des Pylorus (A. Stols) 139.
 ——— der Tonsille (Connal) 54.

- Carcinom**, durch Blasenstein vorgetäuscht (Dickey) 379.
 — e, abdominale, Supraclaviculardrüsen (C. Tarehetti) 983.
 — metastase in der Aorta (R. Volk) 788.
 — und Tuberkulose des Blinddarmes (Obrostoff) 84.
Carcinoma myxomatodes der Ösophagus (O. Fischer) 626.
Carcinomatöses Ulcus d. Magens (Stewart) 114.
Carcinome des Darmes, Frühdiagnose (E. Holländer) 1101.
Carcinose, Seitenstrangerkrankung (Meyer) 850.
Cardiopathien, Galopprrhythmus (Greco) 208.
 — tonicum, Asphyxie (Durduff) 757.
 — topometrie (Ciauri) 207.
 — vasculärer Ursprung der Epilepsie (R. L. Jones) 611.
Cauda equina, Affektionen (v. Bechterew) 539.
Centrale Hepatisation bei Pneumonie (R. Lépine) 843.
Centralnervensystem, Syphilis (M. Bermann) 1273.
 — Veränderungen bei Leukämie (E. Bloch u. H. Hirschfeld) 564.
Centrum für die Kehlkopfathmung (A. Kreidl) 195.
Cerebelläre Heredoataxie (Lenoble) 801.
Cerebrale Affektionen bei Keuchhusten (Hockenjos) 988.
 — Kinderlähmung, Abducensparalyse (Menz) 801.
 — — springende Pupillen (König) 122.
 — — Zehenreflexe (König) 801.
 — Meningitis mit hohen Temperaturen (R. B. Christian) 558.
 — Muskelatrophie (T. Pettina) 560.
 — s u. kardiales Asthma (O. Rosenbach) 1181.
Cerebrospinalflüssigkeit (S. C. Thomson u. L. Hill) 116.
 — reduciende Substanzen (C. Comba) 558.
 — meningitis (H. Jäger) 167, (Doolittle, E. Stadelmann) 168, (L. Zupnik) 572, (Handford) 989, (Parsons u. Littledale) 989.
 — durch *Bacterium coli* (d'Allocco) 858.
 — Morbus Basedow (Wetsel) 558.
 — u. Endokarditis (L. N. Boston) 572.
Charcot-Leyden'sche Krystalle u. Sperma-krystalle (Lewy) 386.
Charité, Heilerfolg bei Lungentuberkulose (Schaper) 877.
Chemie u. Mikroskopie am Krankenbett (Lenhartz) B 681.
Chemische Stoffe und Mundspeichel (F. Kübel) 55.
Cheyne-Stokes'sches Athmen bei Nephritis (O'Donnovan) 324.
Chiasma, Sehnervenkreuzung (A. Pichler) 1255.
Chinasäure bei Gicht (Richter) 734.
Chinin bei Malaria (Young) 102, (W. Fisher) 478.
 — bei Malaria-Hämoglobinurie (S. L. J. Steggall) 478.
 — Idiosynkrasie dagegen (J. Nagel) 408.
Chinosol bei Tuberkulose (A. Macgregor) 473.
Chirurgie des Kleinhirnsabscesses (Okada) B 1188.
Chirurgische Behandlung der Tetanie mit Magendilatation (A. W. M. Robson) 38.
 — des Torticollis spasmodicus (A. Wölfler) 1190.
 — Komplikation der Influenza (F. Franke) 822.
Chloral bei Chorea (B. Lichtschein) 38.
Chloride mit Kalomel (Jovane) 439.
Chloroform als Bandwurmmittel (O. Leichtenstern) (103), (J. M. Whyte) 952.
 — Tod (Wanitschek) 406.
 — Veränderungen der Herzganglien (S. Schmidt) 406.
 — vergiftung, Wiederbelebung (Prus) 784.
Chlorose (Hofmann) 432.
 — Eisenklystiere (Jolasse) 564.
 — Isotonie des Blutes (F. Aporti) 405.
 — Venenthrombose (Leichtenstern) 404.
Chlorotische Lage des Magens (Rostoksi) 1289.
Cholämie, Pathogenese (A. Bickel) B 470.
Cholangitis suppurativa (R. L. Jones u. T. A. Clinch) 980.
 — u. Cholecystitis calculosa (Naunyn) 238.
 — — typhosa (Ryska) 238.
Cholecystitis calculosa, Perforation (Zuber u. Lereboullet) 237.
 — u. Cholangitis calculosa (Naunyn) 238.
 — — typhosa (Ryska) 238.
Cholelithiasis (Riedel, Naunyn, K. Löbker) 338, (A. Herrmann, P. Grocco) 340.
 — Bakteriologie des Gallenblasen-inhaltes (v. Mieczkowski) 729.
 — Frühdiagnose (A. Pollatschek) 235.
 — Glykosurie (W. Kausch, A. Exner) 236.
 — u. Typhus (Droba) 570.
 — vorgetäuscht durch Wanderniere (P. J. MacLagan) 1026.
Cholera nostras (Sonnenberger) 503.
Cholin in der Spinalflüssigkeit (Gumprecht) 504.
Chorea (C. Gerhardt, J. P. Stewart) 923.
 — Arsenbehandlung, Neuritis danach (T. O. Railton) 637.
 — — vergiftung (Barker) 970.
 — Chloral (B. Lichtschein) 38.
 — Gaultheriaöl (Fornaca) 37.

- Invagination des Darmes (F. Wechsberg) 675.
 Invalidenrentenanwärter, Untersuchung (W. Stempel) *B* 197.
 — versicherungsgesetz und Lungenschwindsucht (Gebhardt) 951.
 Ionen (J. Loeb) *B* 267.
 Ipecacuanha bei Obstipation (R. Blondel) 343.
 Irland, Sitzungen der Akademie (Story) *B* 949.
 Irregularität der Herzthätigkeit (J. Stitt-Thomson) 209.
 Irrenpflege, familiäre (K. Alt) 38.
 Ischämische Lähmung (Lapinsky) 1278.
 Ischias, Salophen (Ghetti) 1191.
 — Salzsäure (v. Eljasz-Radsikowski) 1191.
 — Skoliose danach (H. Ehret) 316, (Krecke) 567.
 — therapie (A. Eulenburg) 36, (Ghetti) 1191.
 Isotonie des Blutes bei Chlorose (F. Aporti) 405.
 Jahrbuch, ärztliches (v. Grolmann) *B* 198.
 — der praktischen Medicin (J. Schwalbe) *B* 901.
 — klinisches *B* 1187.
 — medicinisches 1900 *B* 634.
 Jahresbericht der Hygiene *B* 1206.
 — über die Fortschritte in der Lehre von den Mikroorganismen (Baumgarten u. Tangl) *B* 516.
 Jodausscheidung (E. Terrile) 1070.
 Jodbäder bei Skrofulose (W. Dergé) 1213.
 Jodbindungsvermögen d. Harns (K. Walko) 1196.
 Jodipin (K. Holzhäuser) 998, (L. Schuster) 999.
 Jodkalium bei Blutungen (A. Chelmonski) 199.
 — natrium bei Blutungen (A. Chelmonski) 199.
 — ophile Leukocyten bei Blutkrankheiten (L. Hofbauer) 153.
 — Reaktion der Eiterkörperchen (Poreile) 1158.
 — opyryn (Jankers) 271.
 — parotitis (Trautmann) 410.
 — präparate (Radestock) 199.
 — saures Natron bei rheumatischen Affektionen (Otto) 904.
 Jubelfeier Claude Bernard's (Blumenthal) 144.
 Juvenile progressive Paralyse (D. Hunter, H. Marr) 653.
 Kalber, Syphilis (Ravenel) 826.
 Käsvergiftung, Gastroenteritis (M. L. Hughes u. W. R. Healey) 976.
 Kaffeebohnenesserin, Epilepsie (O. Marburg) 283.
 Kaffee u. Thee, Wirkung auf Athmung u. Hers (C. Bins) 1169.
 Kaffein bei Hers- u. Nierenerkrankungen (M. K. Zenets) 1000.
 Kakke der Säuglinge (Z. Hirota) 273.
 Kakodylinjektionen (R. Simon) 735.
 Kalender 1900 (R. Wehmer) *B* 33.
 Kalium permanganicum bei Strychninvergiftung (E. Paratore) 409.
 — Vergiftung (C. R. Box) 411.
 Kalkablagerungen an den Hershäuten (F. Diemer) 787.
 — steinchen, Aushusten ders. (S. Noval-ković) 1004.
 Kalomel mit Chloriden, Säuren, Albuminen (Jovane) 439.
 Kaltwasserbehandlung bei Ileotyphus (C. Bäumler) 475.
 — proceduren, Reaktionsfähigkeit (Friedländer) 1288.
 Kardiale Störungen aus gastrointestinaler Ursache (Jessen) 766.
 Kardialer Hydrops (Drasche) 1120.
 Kardiopsose (Mosse) 1159.
 Kardiopsose, Anomalien d. Körperbaues dabei (L. Ferrannini) 5.
 Karlsbader Wasser (R. Brandenburg) 853.
 Kartoffel, solaninhaltige, Vergiftung (E. Pfuhl) 440.
 Kasein der Frauenmilch (E. Robrak) 917.
 Katarrhalische Dickdarmgeschwüre (A. Richter) 343.
 Kedanikrankheit, Ätiologie (K. Tanaka) 1016.
 Kehlkopfathmung, Centren (A. Kreidl) 195.
 — erkrankungen bei Diabetes (Leichtenstern) 894.
 — geschwür, tuberkulöses (B. Eisenbarth) 81.
 — Reizungszustände (H. Suchanek) *B* 759.
 — tuberkulose (Heller) 473.
 Kernhaltige rothe Blutkörperchen im Blute (Jünger) 885.
 Kernig'sches Symptom bei Meningitis (Cipollina u. D. Maragliano) 170.
 Keuchhusten (Coggeshall) 902, (R. W. Raudnits, R. Fischl) 1308.
 — Antidiphtherieserum dagegen (V. Gilbert) 70.
 — Antitussin (Heim) 902, (P. Krause) 1308.
 — cerebrale Affektionen (Hockenjoec) 988.
 — Diphtherieheilseserum dagegen (Indica) 1263.
 — Leukocytose (de Amicis u. Pacchioni) 605, (Cima) 847.
 — Ohrausspülungen dagegen (G. A. Stephenson, S. G. Morris) 70.
 — Paraplegie (E. Luisada) 217.
 — Vaccination (Guercini) 902.
 Kinder, Alkoholvergiftung (F. Förster) 413.
 — Arthritis blennorrhagica (J. Hallé) 1221.
 — Bauchfelltuberkulose (Kassel) 656, 680, 733.

- Kinder, Bronchopneumonie (E. Vidal) 248.
 — Darmkatarrh, Tannin u. Silberpräparate (H. Cohn) 1239.
 — Diabetes ders. (J. H. Sequeira) 354.
 — Diarrhoe, Salol u. Petroleum dabei (W. E. Fothergill) 1024.
 — Sterilisirtes Wasser (Mongour) 296.
 — Therapie (Hutinel) 296.
 — eitrige Pleuritis (Kissel) 808.
 — Empyem (Bovaird) 752.
 — ernährung im Säuglingsalter (P. Biedert) *B* 830, (Friedmann, Theodor) *B* 948.
 — jenseits des Säuglingsalters (O. Heubner) 1238.
 — Fleischkost (Guocicardello) 686.
 — funktionelle Herzgeräusche (Jacobi) 763.
 — Gelenkrheumatismus (A. Delcourt) 990.
 — Gastroenteritis, Bierhefe (E. Thiercelin u. A. Chevrey) 688.
 — Großzehenreflex (Passini) 1276.
 — heilkunde, Honthin als Darmadstringens (Reichelt) 1239.
 — — Ichthalbin (T. Homburger) 272.
 — — Lehrbuch (B. Bendix) *B* 366.
 — — Tannopin (C. Tittel) 391.
 — Hodencarcinom (Clark) 1200.
 — Ikterus (M. Frinquet) 606.
 — Influenza (M. Carrière) 242.
 — kranke, Immunisirung ders. gegen Diphtherie (H. Kraus) 1262.
 — krankheiten (Ausset) *B* 948.
 — — Behandlung (H. Neumann) *B* 1091.
 — — lähmung, cerebrale, Abducensparalyse (Menz) 801.
 — — springende Pupillen dabei (König) 122.
 — — — Zehenreflexe (König) 801.
 — — — und Strümpell'sche Lähmung (E. C. Williams) 120.
 — — Leukämie (T. McCrae) 882.
 — — Lumbalpunktionen (O. Kohts) 1163.
 — — Lungentuberkulose (H. J. Campbell) 967.
 — — Magen-Darmerkrankungen, Kohlehydrate dabei (Gregor) 1236.
 — — Morbidität (Escherich) 450.
 — — Myokarditis (Koplik) 765.
 — — neuropathische, Blutdruck (P. Heim) 791.
 — — Obstipation (Dörfler) 688.
 — — Pavor diurnus (G. F. Still) 945.
 — — praxis, Sanatogen dabei (N. Auerbach) 272.
 — — Pseudohämoptysis (Campbell) 1004.
 — — Rectalernährung (Coulthard) 686.
 — — Sommerdiarrhöen (A. Jacobi, Griffith, Holt, L. Fischer, E. Graham) 664.
 — — Tabes mesenterica (J. W. Carr) 86.
 — — tetanie u. Rachitis (Kirchgässer) 609.
 — — tuberkulose (L. G. Guthrie) 87, (Still) 88.
 Kindertuberkulose, Diagnose (Bertherand) 816.
 — Typhlitis (Byrne) 1106.
 — Typhus (E. Weill u. C. Lesieur) 811.
 — Uricämie (J. Comby) 1197.
 Kindesalter, Anämie (L. Fürst) 1303.
 — Anginen (R. Fischl) 576.
 — Augenkrankheiten (E. Guttmann) *B* 995.
 — Darminvagination (Cordua) 1292.
 — Darmkrebs (Zuppinger) 960.
 — dilatative Herzschwäche (Neumann) 1180.
 — Frakturen, Spaltbildungen am Schädel (H. Chiari) 457.
 — Pseudoinfluenzabacillus (A. Luzzato) 1245.
 Kirschsteine, Pylorusstenose dadurch (A. Richter) 138.
 Kleinhirnsabscess, Chirurgie (Okada) *B* 1188.
 — — u. Gesichtssinn (Roncali) 560.
 Klienten, Zwischen Ärzten u. Kl. (J. B. Ughetti) *B* 682.
 Klinisch-chemische Studien (C. v. Stejskal u. F. Erben) 403.
 — — es Jahrbuch *B* 1167.
 Knochen carcinose, Anämie bei (O. Frese) 1151.
 — — mark (H. Roger u. P. Josué) *B* 659.
 — — bei Krankheiten (O. Zen) 918.
 — — neubildung in der Luftröhre (H. v. Schrötter) 9.
 — — stück in der Lunge (G. Killian) 749.
 — — veränderungen bei Morbus Barlow (G. Schmorl) 485, (H. Jacobsthal) 486.
 Koehlsals bei Puerperalfieber (F. Eberhart) 71.
 — — infusionen (Leonpacher) 1095.
 — — bei Pneumonie (Ewart u. Percival) 1216.
 Körnerkrankheit, Bekämpfung (J. Hirschberg) *B* 1188.
 Körperbau, Anomalien bei Kardiophtosis (L. Ferrannini) 5.
 — bewegung u. Temperatur (Penzoldt u. Birgelen) 448.
 — form u. Lage der Nieren (Lennhoff) 513.
 — gewicht u. Splenektomie (A. Marcantonio) 1283.
 — lage u. Defäkation (R. Rosen) 1046.
 — — u. Frequenz der Hersaktionen (A. P. Langowoy) 1177.
 — — veränderungen, Herzbeweglichkeit dabei (Determann) 319.
 — — muskulatur u. Herzmuskel (C. Hirsch) 1178.
 — — säfte, osmotischer Druck (A. Poehl) 1072.
 — — schmerz, einseitiger (G. Anton) 561.
 Koffein, Psychose danach (Ledue) 410.
 — Theobromin u. Herz (Bock) 1116.
 — vergiftung, Gehirnveränderungen (Portioli) 410.

- Kohäsion der rothen Blutkörperchen bei Pneumonie (S. Shattock) 842.
 Kohlehydrate (G. Rosenfeld) 177.
 — des Harns bei Diabetes (Rosin) 657.
 — gärung der Fäces (L. C. Kersbergen) 703.
 — stoffwechsel der Fiebernden und der Potatoren (J. Strauss) 890.
 — u. Magen-Darmerkrankungen der Kinder (Gregor) 1236.
 Kohlenoxyd (A. J. Kunkel) B 266.
 — Tabaksrauch (F. Wahl) 460.
 — vergiftung (W. Sachs) B 757.
 — säurebäder u. Cirkulation (H. Hense) 126.
 — — — u. Herskrankheiten (A. Fundner) 126.
 — — — u. antibakterielles Vermögen des Blutes (H. J. Hamburger) 525.
 — — — u. Phagocytose (H. J. Hamburger) 526.
 Kolikschmerzen (Lucke) 979.
 Kollaterale Bahnen für die Vena portae (S. Talma) 332.
 Koma, ähnlich dem Coma diabeticum (Grube) 463.
 — bei Carcinoma ventriculi (Grøn) 643.
 Kompensationsstörung u. Psychose (S. Werner) 1088.
 Komplikationen der Masern (H. Gans, Sotow) 429.
 Kongenitale Wortblindheit (J. Hinshelwood) 1038.
 — Tuberkulose (B. F. Lyle) 1242.
 Kongress für innere Medicin, XVII., Verhandl. (E. v. Leyden u. E. Pfeiffer) B 66.
 — — — XVIII., Einladung 152.
 — — — Bericht 461—469, 501 bis 515.
 — zur Bekämpfung der Tuberkulose (Pannwitz) B 125.
 Konkretionen d. Harnwege (Zuckerkanal) 379.
 Kopaiwegebrauch, Zuckerausscheidung (Bettmann) 412.
 Kopfbewegungen bei Aortenaneurysma (Bruschini u. Coop) 257.
 Koplik'sche Flecke bei Masern (Widowitz) 167, (M. Cohn, Rolly) 428.
 Kost, kräftige (Cserny) 685.
 Kostalstigma, Enteroptose und nervöse Dyspepsie (Stiller) 678.
 Koupirung der Influenza (L. Fürst) 1128.
 Kräftige Kost (Cserny) 685.
 Krampfanfälle, Druckschwankungen in der Schädelhöhle (Nawratski u. Arndt) 123.
 — — — erregende Wirkung d. Galle (Bickel) 510.
 Krankenbehandlung, Beschäftigung und Armenfürsorge (Buttersack) 632, 680.
 — Beschäftigung (Buttersack) 104, 480, 632, 680.
 — bett, Mikroskopie u. Chemie (Lenharts) B 681.
 Krankenernährung, weißes und dunkles Fleisch (O. Rosenquist) 784.
 — hausannalen, Münchener (v. Ziemssen) B 33.
 — — — behandlung d. Lungenschwind-sucht (Burghart) 1207, (de la Camp) 1208.
 — — — infektion des Typhus (R. Pauly) 21.
 — — — kost, Lehrkurse zur Bereitung (H. Schlesinger) 1141.
 — — — küche (v. Leyden) 1158.
 — — — pflege, Fleischsaft (M. Mendelsohn) 1307.
 — — — für Mediciner (Mendelsohn) B 64.
 — — — ländliche Sanatorien für dies. (H. v. Ziemssen) 1140.
 — Nahrungsmittel (F. Hirschfeld) B 633.
 Krankheiten, Ausgleichvorgänge (W. Leube) 449.
 — des Blutes (G. Hayem) B 1184.
 — der Kinder (Ausset) B 948.
 — des Magens (H. Frenkel) B 829.
 — der Milz (M. Litten) B 219.
 — des Nervensystems (Raymond) B 828.
 — der warmen Länder (Scheube) B 1203.
 — Harnuntersuchung (C. Beier) B 681.
 — Heredität (D. J. Hamilton) 943.
 — innere Diagnostik, Lehrbuch ders. (G. Edlefsen) B 265.
 — — — Lehrb. d. spec. Path. u. Ther. ders. (A. Strümpell) B 146.
 — — — Pathogenese ders. (Martius) B 1113.
 — — — traumatische Entstehung (Stern) B 146.
 — — — interne, Therapeutische Indikationen (J. Weiss u. S. Schweizer) B 901.
 — — — Knochenmark (O. Zen) 918.
 — — — konstitutionelle, Dyspepsie dabei (R. Thomalla) 224.
 — — — u. Endokarditis (Litten) 506.
 — — — u. Krebs (W. R. Williams) 451.
 Kranzgefäße des Herzens, Innervation (P. Maass) 194.
 Kreatinin u. Trommer'sche Probe (H. Neumayer) 782.
 Krebs, Ätiologie (S. J. Sawyer) 1037.
 — d. Darmes im Kindesalter (Zuppinge) 960.
 — d. Duodenum (A. Descos u. L. Bériel) 958.
 — der Lungen (Herrmann) 15.
 — der Pleura (M. Podack) 16.
 — der Verdauungsorgane (M. K. Zenetz) 115.
 — — — forschung, Ergebnisse (v. Leyden) 1258.
 — — — isolirte Organismen (H. G. Plimmer) 1037.
 — — — parasiten (F. Curtis, M. Bra) 343.
 — — — Seltenheit in Gefängnissen (W. R. Williams) 453.
 — — — und andere Krankheiten (W. R. Williams) 451.

- Kinder, Bronchopneumonie (E. Vidal) 248.
 — Darmkatarrh, Tannin u. Silberpräparate (H. Cohn) 1239.
 — Diabetes ders. (J. H. Sequeira) 354.
 — Diarrhoe, Salol u. Petroleum dabei (W. E. Fothergill) 1024.
 — Sterilisirtes Wasser (Mongour) 296.
 — Therapie (Hutinel) 296.
 — eitrige Pleuritis (Kissel) 808.
 — Empyem (Bovaird) 752.
 — ernährung im Säuglingsalter (P. Biedert) *B* 830, (Friedmann, Theodor) *B* 948.
 — jenseits des Säuglingsalters (O. Heubner) 1238.
 — Fleischkost (Guccicardello) 686.
 — funktionelle Herzgeräusche (Jacobi) 763.
 — Gelenkrheumatismus (A. Delcourt) 990.
 — Gastroenteritis, Bierhefe (E. Thiercelin u. A. Chevre) 688.
 — Großzehenreflex (Passini) 1276.
 — heilkunde, Honthin als Darmadstringens (Reichelt) 1239.
 — Ichthalbin (T. Homburger) 272.
 — Lehrbuch (B. Bendix) *B* 366.
 — Tannopin (C. Tittel) 391.
 — Hodencarcinom (Clark) 1200.
 — Ikterus (M. Frinquet) 606.
 — Influenza (M. Carrière) 242.
 — kranke, Immunisirung ders. gegen Diphtherie (H. Kraus) 1262.
 — krankheiten (Ausset) *B* 948.
 — Behandlung (H. Neumann) *B* 1091.
 — lähmung, cerebrale, Abducensparalyse (Mens) 801.
 — springende Pupillen dabei (König) 122.
 — Zehenreflexe (König) 801.
 — und Strümpell'sche Lähmung (E. C. Williams) 120.
 — Leukämie (T. McCrae) 882.
 — Lumbalpunktionen (O. Kohts) 1163.
 — Lungentuberkulose (H. J. Campbell) 967.
 — Magen-Darmerkrankungen, Kohlehydrate dabei (Gregor) 1236.
 — Morbidität (Escherich) 450.
 — Myokarditis (Koplik) 765.
 — neuropathische, Blutdruck (P. Heim) 791.
 — Obstipation (Dörfler) 688.
 — Pavor diurnus (G. F. Still) 945.
 — praxis, Sanatogen dabei (N. Auerbach) 272.
 — Pseudohämoptysis (Campbell) 1004.
 — Rectalernährung (Coulthard) 686.
 — Sommerdiarrhöen (A. Jacobi, Griffith, Holt, L. Fischer, E. Graham) 664.
 — Tabes mesenterica (J. W. Carr) 86.
 — tetanie u. Rachitis (Kirchgässer) 609.
 — tuberkulose (L. G. Guthrie) 87, (Still) 88.
 Kindertuberkulose, Diagnose (Bertherand) 816.
 — Typhlitis (Byrne) 1106.
 — Typhus (E. Weill u. C. Lesieur) 811.
 — Urikämie (J. Comby) 1197.
 Kindessalter, Anämie (L. Fürst) 1303.
 — Anginen (R. Fischl) 576.
 — Augenkrankheiten (E. Guttman) *B* 995.
 — Darminvagination (Cordua) 1292.
 — Darmkrebs (Zuppinger) 960.
 — dilatative Herzschwäche (Neumann) 1180.
 — Frakturen, Spaltbildungen am Schädel (H. Chiari) 457.
 — Pseudoinfluenzabacillus (A. Luzzato) 1245.
 Kirschsteine, Pylorusstenose dadurch (A. Richter) 138.
 Kleinhirnbrainabscess, Chirurgie (Okada) *B* 1188.
 — u. Gesichtssinn (Roncali) 560.
 Klienten, Zwischen Ärzten u. Kl. (J. B. Ughetti) *B* 682.
 Klinisch-chemische Studien (C. v. Stejskal u. F. Erben) 403.
 — es Jahrbuch *B* 1167.
 Knochenneurose, Anämie bei (O. Frese) 1151.
 — mark (H. Roger u. P. Josué) *B* 659.
 — bei Krankheiten (O. Zen) 918.
 — Neubildung in der Luftröhre (H. v. Schrötter) 9.
 — stück in der Lunge (G. Killian) 749.
 — veränderungen bei Morbus Barlow (G. Schmorl) 485, (H. Jacobsthal) 486.
 Kochsals bei Puerperalfieber (F. Eberhart) 71.
 — infusionen (Leonpacher) 1095.
 — bei Pneumonie (Ewart u. Percival) 1216.
 Körnerkrankheit, Bekämpfung (J. Hirschberg) *B* 1188.
 Körperbau, Anomalien bei Kardiophtosis (L. Ferrannini) 5.
 — bewegung u. Temperatur (Pensoldt u. Birgelen) 448.
 — form u. Lage der Nieren (Lennhoff) 513.
 — gewicht u. Splenektomie (A. Marcantonio) 1283.
 — lage u. Defäkation (R. Rosen) 1046.
 — u. Frequenz der Herzaktionen (A. P. Langowoy) 1177.
 — veränderungen, Herzbeweglichkeit dabei (Determann) 319.
 — muskulatur u. Herzmuskel (C. Hirsch) 1178.
 — säfte, osmotischer Druck (A. Poehl) 1072.
 — schmerz, einseitiger (G. Anton) 561.
 Koffein, Psychose danach (Leduo) 410.
 — Theobromin u. Herz (Bock) 1116.
 — vergiftung, Gehirnveränderungen (Portioli) 410.

- Krebs und Tuberkulose (H. Claude) *B* 658.
 — Verbreitung (R. Behla) 1037.
 — Zunahme d. Mortalität (J. F. Payne) 452, (B. Massey) 453.
 Kreislaufmodell (Moritz) 754.
 — störungen bei Infektionskrankheiten (E. Romberg und H. Pässler) 210, (H. Pässler) 211.
 — u. Blut, Balneotherapie (H. Kisch) 125.
 Kretinismus (Allara) 946.
 — sporadischer (W. G. Putnam, G. G. Campbell) 289.
 Krisen, gastrische (S. Basch) 263.
 — sensorielle bei Tabes dorsalis (F. Umber) 850.
 Kritik der Echtheit der Schriften des Paracelsus (Sudhoff) *B* 516.
 Kropf in Frankreich (L. Mayet) 1222.
 Krotönöl, Exanthem (Urquhart) 974.
 — Herzrhythmie dadurch (M. Heitler) 210.
 Kryofin (A. Breitenstein) 710.
 Kryptogenetische Septikopyämie (Ferrari) 242.
 Krystallbildung in Pyocyaneuskulturen (P. Krause) 1270.
 Krystalle des Spermas (Lewy, J. Cohn) 386.
 Kumulative Wirkung (L. Lewin) 400.
 Lähmung, centrale, bei Syphilis (Bayet) 216.
 — des Facialis (Moure u. Liaros) 35, (Nonne, Luce) 1278.
 — bei Herpes Zoster (Klippel u. Aynaud) 313.
 — centrale, Bell'sches Phänomen (A. Margulies) 896.
 — nach Influenza (Gambardella) 875.
 — ohne Aphasie (Figini) 895.
 — traumatische (F. Gutschy) 875.
 — und vasomotorische Störung (Biehl) 586.
 — d. Musculo-cutaneus (A. Hoffmann) 1086.
 — d. Oculomotorius (Möbius) 1085.
 — d. Serratus (Brodmann) 875.
 — d. Ulnaris (F. Merz) 1279.
 — d. Vorderarmbeuger (M. Bernhardt) 1086.
 — d. vorderen Sägemuskels (Steinhäusen) 874.
 — diphtherische (F. J. Woollacott) 584.
 — durch Diphtherie u. Antitoxin (F. Ransom) 1085.
 — en bei Typhus (Ganios) 313.
 — der Augenmuskeln, postdiphtherische (J. P. Parkinson u. S. Stephenson) 312.
 — familiäre periodische (Mitchell) 584, (Putnam) 585, (Crafts) 1086.
 — ischämische (Lapinsky) 1278.
 Lähmungserscheinung bei Hysterie (F. Pick) 510.
 — Strümpell'sche u. Kinderl. (E. C. Williams) 120.
 — traumatische des Plex. brach. sin. (F. Gutschy) 874.
 — periodische (Donath) 585.
 Länder, warme, Krankheiten derselben (Scheube) *B* 1203.
 Ländliche Sanatorien für Krankenpflege (H. v. Ziemssen) 1140.
 Laktose im Dünndarm u. Säuglingsfäces (R. Orbán) 705.
 Landesversicherungsanstalt, Hansestädte *B* 951.
 Landry'sche Paralyse (Kapper) 586.
 — Beriberi, Polymyositis, multiple Neuritis (Ebbell) 316, (Colla) 872.
 Langdauernde Fieberzustände (E. Münzer) 1271.
 Laparotomie bei tuberkulöser Peritonitis (Arcangeli) 66, (O. Borchgrevink) 879, (G. Ingianni) 880.
 Laryngitis diabetica (Leichtenstein) 894.
 Laryngospasmus (Kirchgässer) 609.
 Larynxerysipel (G. Littmann) 602.
 — krisen bei Tabes (M. Touche) 536.
 — Perichondritis bei Scharlach (H. Kraus) 427.
 — rheumatische Affektionen (Senzia) 599.
 Lateralsklerose, amyotrophische (Schlesinger) *B* 1186.
 Laugenätzung (Johannessen) 413.
 — Pylorusstenose danach (Hadenfeldt) 413.
 Lebensweise, vegetarische (T. Rumpf) 1045.
 Leberabscesse bei Dysenterie (J. G. McNaught) 1132.
 — Aktinomykose (Litten) 144.
 — atrophie u. Epityphlitis (W. Mintz) 1108.
 — Bakterienelimination (Métin) 1269.
 — carcinom (White) 727.
 — mit Cirrhose (Lindner, Gabbi u. Cardile) 726.
 — cirrhose (K. Pirone, Kretz) 724.
 — Ascitesbehandlung durch Harnstoff (J. Sabrazès u. O. Dion) 340.
 — — durch Operation (A. E. Neumann) 341.
 — künstliche peritoneale Adhäsionen (H. D. Rolleston u. G. R. Turner) 1096.
 — Leberreproduktion dabei (Greco) 329.
 — mit Anämie (E. Hoke) 724.
 — mit gastrointestinaler Hämorrhagie (Preble) 725.
 — mit Splenomegalie (A. Gilbert u. P. Lereboullet) 980.
 — präascitisches Ödem (Morano) 1295.
 — Pulespannung (Gilbert u. Garnier) 329.

- Luetische Pachymeningitis (A. Strubell) 1039.
 Luftbad (K. Langendorff) 1140.
 Luftdusche (A. Frey) 855.
 Lufttröhre, Knochenneubildung in der L. (H. v. Schrötter) 9.
 Luft, verdünnte, Erkrankung (Aaron) 551.
 Luftwege, obere, Erkrankung (E. Neisser u. Kahnert) 1128.
 — Sklerom ders. (E. Bunsel-Federn) 693.
 — u. Asthma (P. W. Bride) 1002.
 Lumbalpunktion bei Kindern (O. Kohts) 1163.
 — b. Poliomyelitis anterior (F. Engel) 1275.
 — b. tuberkulöser Meningitis (H. A. Lafleur) 170.
 — Todesfälle (E. Gumprecht) 1164.
 Lungen, Bakteriengehalt (L. Beco) 846.
 — blutungen bei Lungenschwindsucht (Gabrilowisch) 80.
 — cysten (J. H. Wagener) 436.
 — emphysem u. Hypertrophie (Mara-gliano) 750.
 — entzündung (v. Koranyi) 461, (Pel) 466, (Müller) 512.
 — fibrinöse (H. Eichhorst) 806.
 — gangrän (Noica) 1004.
 — geschwülste (H. Hellendahl) 15.
 — heilanstalt, Pädagogik (A. Moeller) 1211.
 — Knochenstück in ders. (G. Killian) 749.
 — kranke, Versicherte d. Hanseatischen Versicherungsanstalt B 268.
 — krebs (Herrmann) 15.
 — lepra (V. Babes u. S. Moscuna) 882.
 — ödem nach Thorakocentese (Ortner) 807.
 — phthise u. Pneumonie (Ophüls) 968.
 — punktion (Zanoni) 805.
 — schall bei In- u. Expirium (Aufrecht) 696.
 — schwindsucht, Hochgebirgsklima (F. Egger) 67.
 — Krankenhausbehandlung (Burg-hart) 1207, (de la Camp) 1208.
 — Lungenblutungen dabei (Ga-brilowisch) 80.
 — Mischinfektion (A. Sata) 496, (G. Zanoni) 497.
 — Prognose (A. Gottstein) 693.
 — u. Tuberkulose (C. Bäumlcr) 79.
 — Ursache (Aufrecht) 1097.
 — streptokokkie, Antistreptokokken-serum (Clozier) 150.
 — tuberkulose bei Kindern (H. J. Campbell) 967.
 — Diagnose u. Therapie (Senator) 876.
 — Frühdiagnose (Strauss) 1098.
 — geschlossene (C. Spengler) B 1204.
 — Heilbarkeit (Carossa) B 268.
 Lungentuberkulose, Heilerfolge in der Charité (Schaper) 877.
 — Heilstättenbehandlung (B. v. Fetscr) B 659.
 — Hetolinjektionen (Krokiewicz) 1210.
 — Myoidem (H. Walsham) 967, (W. Broadbent) 1099.
 — primäre, Sitzs ders. (F. V. Birch-Hirschfeld) 80.
 — Prophylaxe (G. Krönig) 627.
 — Serumdignose (Combemale u. Mouton) 625.
 — Temperaturmessungen (K. Hess) 1099.
 — u. Heresreflexe (A. Abrams) 10.
 — veränderungen durch Staubinhalation (Bäumler) 750.
 — durch Typhusbacillen (R. Lé-pine u. B. Lyonnet) 1003.
 — graphische Registrierung (M. Freudweiler) 1005.
 Lupus (O. Lassar) 1285.
 — erythematosus (K. Kopp) 455.
 — Röntgenstrahlen (Scholefield) 1286.
 Lymphadenie u. Hyperplasia lienis nach Typhus (A. Posselt) 1149.
 Lymphämie (E. Pineles) 401.
 — ohne Lymphdrüsenanschwellung (A. Pappenheimer) 983.
 Lymphämische Blutszusammensetzung (F. Erben) 1151.
 Lymphangiectasie, Chylothorax (O. Simon) 797.
 Lymphatischer Varix (Campbell) 797.
 Lymphdrüsenanschwellung, Fehlen bei Lymphämie (A. Pappenheimer) 883.
 — und Hautentzündung (R. Winter-nitz) 455.
 Lymphde, antipestöse (C. Terni u. J. Bandi) 1310.
 Lymphgangliensystem, Bedeutung für die Infektion (L. Manfredi) 523.
 Lymphknoten, Tuberkulose (v. Noorden) 500.
 Lymphome, tuberkulöse (Galasso) 84.
 Lymphosarkomatose und Pseudoleukämie (Türk) 403.
 Lysol, Selbstmord damit (L. Herzog) 411.
 Madeira, Lepra daselbst (J. A. Thompson) 501.
 Magenadenocarcinom (Krokiewicz) 114.
 — atrophie (Plessi) 109.
 — aufblähung (P. Fürbringer) 94.
 — blutung, Aphasie, Hemiplegie da-nach (L. Bouveret) 171.
 — parenchymatöse (Reichardt) 646.
 — carcinom (F. A. Melchior) 643.
 — Blut (A. Krokiewicz) 886.
 — Frühdiagnose (W. Croner) 641, (J. C. Hemmeter) 642.
 — und Cancroin (A. Adamkiewicz) 1021.
 — und Koma (Grøn) 643.

- Magencarcinom und Linitis Brinton (Raimoino) 114.
 — und peritonealer Abscess (H. Bernard) 644.
 — und Protozoen (Cohnheim) 643.
 — Darmerkrankungen der Kinder und Kohlehydrate (Gregor) 1236.
 — der Säuglinge (Escherich) 1248.
 — kontraktionen bei Epilepsie (Ossipow) 282.
 — störungen bei Gallenblasenerkrankung (Fleiner) 1295.
 — u. Ösophaguscarcinom (J. Boas) 505.
 — diagnostik (G. Rosenfeld) 97.
 — dilatation (W. H. Brown) 620, (A. Heinel) 290.
 — Tetanie (A. Albu) 110. 621.
 — divertikel (G. Zahn) 110.
 — druckpunkt (J.-Ch. Roux) 956.
 — dusehe (M. Einhorn) 1020.
 — eiter (Strauss) 644.
 — erkrankungen, traumatische (R. Stern) 108.
 — erosionen (M. Einhorn) 645.
 — erweiterung, diätetische Behandlung (Albu) 1235.
 — intermittierende (Cohnheim) 243.
 — funktion (Strauss) 513.
 — sprüfung (M. Pfandl) 669.
 — geschwür (G. Pomerai, A. May) 222, (Agéron) 510, (R. Thomson) 645, (A. Richter) 660.
 — Chirurgie (C. Schwarz) 661.
 — Ernährungsfrage (L. Fürst) 660.
 — Gastroenterostomie (Tricomi) 222.
 — tuberkulöses (Th. Strupler) 1211.
 — und Leberhypertrophie (Domenicini) 727.
 — gichtische Erkrankungen (Grube) 462.
 — grense, Bestimmung nach Queirolo P. Edel und F. Volhard) 1075.
 — grenzenbestimmung (Queirolo) 506.
 — höhle, Injektion von Flüssigkeit u. Luft (G. Krönig) 94.
 — hyperästhesie (A. Pick) 107.
 — inhaltsuntersuchungen (E. Schütz) 96.
 — katarrh, atrophischer (Reichmann) 109.
 — kranke, Druckschmerz (Gaddi) 622.
 — Tetanie (Albu) 621.
 — krankheiten (H. Frenkel) B 829.
 — Papain (M. Pickardt) 1023.
 — Urin dabei (E. Friedberger) 361.
 — krisen bei Tabes (S. Basch, C. C. Douglas) 537.
 — Lage bei Chlorotischen (Rostoski) 1289.
 — loser Mensch (E. C. v. Leersum u. J. Rotgans) 649.
 — methoden, Handbuch (Gillespie) B338.
- Magenpathologie (Leuk) 95, (G. Köwesi) 98.
 — Pepsinabsonderung (Roth) 670.
 — Pulverbläser (Einhorn) 802.
 — pumpe als Peristalticum (O. Ziemsen) 1240.
 — Reisszustand bei Hernia epigastrica (G. Kelling) 1290.
 — resektion (Perier) 222.
 — und Stoffwechsel (Deganello) 100.
 — Resorption von Salzlösungen (T. Pfeiffer und A. Sommer) 671.
 — resorptive Thätigkeit (J. v. Mering) 99.
 — Restbestimmung (P. Cohnheim) 441.
 — saft bei Achylia gastrica (Mayer) 102.
 — fluss (A. Albu u. M. Koch) 220.
 — bei Pyloruscarcinom (A. Stolz) 139.
 — sekretion, künstliche Beeinflussung (v. Aldor) 1232.
 — und Morphium (F. Riegel) 1232.
 — und Schwitzen (A. Simon) 99.
 — Säureabscheidung (C. Jürgensen u. J. Jastesen) 669.
 — Salzsäureabscheidung (W. Backman) 1291.
 — sarkom (Finlayson) 645.
 — Schimmelpilze (Kellogg) 1077, (M. Einhorn) 1291.
 — sekret, Gewinnung (J. Troller) 95.
 — und Nahrung (Schülle) 99.
 — sekretorische Funktion (F. Reach) 100.
 — Kräfte (F. Riegel) 668.
 — Selbstaufblähung (C. D. Spivaack) 956.
 — sonde im Säuglingsalter (O. Heubner) 1020.
 — seltenere Anwendung (A. L. Benedict) 59.
 — spülung bei Katarrh (A. Richter) 1021.
 — syphilis (J. W. Dalgliesh) 382, (M. Einhorn, Cesaris-Demel) 824.
 — tetanie (F. Simbriger) 609, (Albu) 621.
 — thätigkeit und Menstruation (Elsner) 622.
 — Trichobezoar (Schopf) 536.
 — tuberkulose (Simmonds) 628.
 — ulcus (Croisier) 113.
 — carcinomatöses (Stewart) 114.
 — nach Trauma (Krönlein) 113.
 — und Stenose (Krönlein) 113.
 — und Darmfunktionen (J. Wiskowski) 116.
 — und Duodenalgeschwür (K. G. Lennander) 223.
 — varicen (M. Letulle) 112.
 — Maidstone, Typhusepidemie (T. B. Poole) 21.
 — Maladie des tics impulsifs (Köster) 583.
 — Malaria (A. Celli) B 1144.

- Mentholpräparat Validol (Vertun) 269.
 Meralgie parésthésique (F. Gutschy) 873.
 Mesenterialgefäße, Thrombose u. Embolie (P. Deckart) 795.
 Messingvergiftung (Murray) 970.
 Messung d. Stärke der Herztöne (Bock) 1176.
 Metalldrucker, Thorax ders. (Sternberg) 1006.
 Metallisches lösliches Quecksilber (Werler) 199.
 Metastasierende Aktinomykose (Benda) 336.
 Meteorismus, Form dess. als diagnostisches Hilfsmittel (C. Bayer) 677.
 Methämoglobinbildung und Arzneimittel (A. Dennig) 390.
 — subkutan u. Ernährungszustand (A. Vidal) 493.
 Methode der Herzgrenzenbestimmung (Smith) 505.
 — der Magengrenzenbestimmung (Queirolo) 506.
 — der Urin- und Blutuntersuchung (Strubell) 509.
 — zur Gewinnung reinen Magensekretes (J. Troller) 95.
 Methodik der Fettbestimmung (G. Rosenfeld) 833.
 Methylenblauausscheidung und Nierenfunktion (T. H. v. d. Velde) 359.
 — bei Malaria (Ollwig, Boinet) 72.
 — bei Psychosen (Bodoni) 736.
 Micrococcus tetragenus (F. J. Bosc und L. Galavielle) 848.
 — symogenes bei Endokarditis (W. G. MacCallum u. T. W. Hastings) 761.
 Migräne und Wärmebildung (W. Stekel) 1297.
 Mikroben u. Tuberkelbacillen (F. Ramond u. P. Ravaut) 819.
 Mikroorganismen d. Ascaris lumbricoides (Demateis) 869.
 — Färbung nach Romanowski (Feinberg) 145.
 — Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre derselben (Baumgarten u. Tangl) 516.
 — in den Geschwülsten (N. Sjöbring) 1036.
 Mikroskopie u. Chemie am Krankenbett (Lenharts) B 681.
 Milchbakterien im Thermophor (Dunbar u. W. Dreyer) 856.
 Milch, Butter, Margarine; Tuberkelbacillen in (H. E. Annett) 965.
 — Borsäure und Formalin als Zusatz (H. E. Annett, A. G. R. Foulerton) 1044.
 — eiweiß, Bedeutung für die Fleischbildung (W. Caspari) 566.
 — Siebold's Plasmon (Praussnitz) 291, (C. Virchow) 686.
 — präparate, künstliche, bei Säuglingen (H. Finkelstein) 295.
 — säure im Organismus und Arsenvergiftung (K. Morishima) 407.
 Milchserum, Serumtherapie (Lereboullet) 614.
 — sorten, biologische Unterscheidung (Wassermann) 804, 828.
 — sterilisierte (Chaternikoff) 295.
 — tuberkulöser Kühe, Infektiosität ders. (L. Rabinowitsch u. W. Kempner) 89.
 — verdauung, künstliche (R. Jemma) 671.
 — zucker im Darne (E. Weinland) 706.
 Miliaria (de Giovanni) 1286.
 Miliartuberkulose (G. Mayer) 500.
 Militärdienst und nervöse Störungen des Hersens (J. Bauer) 766.
 Milz bei Hämoglobinämie (F. Vitali) 1152.
 — brand beim Hunde (Martel) 848.
 — Serumtherapie (J. Mendes) 150, (A. Sclavo) 614.
 — Therapie (Strubell) 903.
 — extrakt und Milzfunktion (C. R. Carpenter) 1304.
 — Krankheiten derselben (M. Litten) B 219.
 — läsion, Pankreasverdauung (F. Badano) 917.
 — myeloide Umwandlung (O. Frese) 1151.
 — Physiologie (A. Pugliese u. T. Luzzati) 1152.
 — ruptur bei Typhus (Aaser) 571.
 — tumor mit gastrointestinalen Hämorrhagien (W. Osler) 981.
 — Typhusbacillennachweis (A. Schütze) 19.
 — und Leber (A. Posselt) 327.
 Mineralwässer und Bäder bei Nephritis (F. Schlagintweit) 519.
 Mischinfektion bei Lungenschwindsucht (A. Sada) 496, (G. Zanoni) 497.
 Missbildungen des Gaumens (F. Danziger) B 147.
 — ventil bei Duschen (H. Rieder) 1287.
 Mitralklappenstenose (Ciauri) 1062, (C. M. Brookbank) 1063.
 Mittelmeer- oder Maltafieber (C. Birt u. G. Lamb) 532.
 Mittelohreiterung (W. Grosskopf) 855.
 — aktinomykose (J. C. Beck) 1250.
 — entzündung (G. Brühl) B 148.
 — en, Otolithurgie (Stetter) B 1188.
 Mittheilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten (Rumpf) B 1260.
 — aus der Klinik zu Upsala (L. E. Henschen) B 658.
 — kasuistische (Lochte) 1201.
 — therapeutische (A. Baginski) 1309.
 Modell des Kreislaufes (Moritz) 754.
 Möller-Barlow'sche Krankheit (Schoedel u. Nauwerck) B 947.
 Mongolei, Pest daselbst (Zabolotny) 860.
 Morbidität der Kinder (Escherich) 450.
 Morbus Addison (A. Foster) 487.
 — Blutdruck (C. Turner) 487.
 — Entstehung des Hautpigmentes (Pfföringer) 488.

- Myositis ossificans progressiva** (L. Nicolayssen) 288, (H. Gemmel) 457.
 — u. Gicht (Myrtle) 915.
Myotonie (Borgherini) 1299.
 — der Säuglinge u. Tetanie (C. Hochsinger) 945.
 — Stoffwechselkrankheit (v. Bechterew) 1087.
Myxödem (S. Sanesi) 651.
 — Frühdiagnose (C. W. Chapman) 650.
 — fruste, Hypothyreoidismus (Hertoghe) 548.
 — u. Akromegalie (F. Pineles) 287.
 — u. Hypophysis (E. Ponfick) 549.
 — u. Morbus Basedow (C. Ulrich) 924, 1088, (Hirsch) 925.
 — vorgetäuscht durch Gehirntumor (Sommerville) 543.
Nabelsepsis (Basch) 601.
Nacht- u. Tagharn (R. Laspeyres) 1031.
Nachtheilige Erfahrungen bei Gelatineinjektionen (M. Freudweiler) 689.
Nadel, Entleerung per anum (Petyt) 1106.
Nährboden, Piorkowski's (Portner) 28, (Piorkowski) 30, (H. Wittich) 983.
 — präparat Fersan (K. Kornauth und O. v. Czadek) 995.
 — Globon (A. Kronfeld) 1043.
 — e und Darmfäulnis (Lewin) 1045.
 — substrat für Typhusbacillus u. Bact. coli (A. Mankowski) 984.
Naftalan (H. Rohleder) 271, (L. Spiegel u. M. Naphtali) 439, (R. Bloch) 1047.
 — behandlung des Eksems (J. Marer) 544.
Nahrungsaufnahme d. Neugeborenen (H. Cramer) 685.
 — entziehung u. Glykogen (E. Pfäfer) 352.
 — mittel, Alkohol (G. Rosenfeld) 1044.
 — für Kranke (F. Hirschfeld) B 633.
 — pausen bei Säuglingsernährung (A. Keller) 393.
Nahrung und Magensekret (Schüle) 99.
 — verschiedene, Salzsäureausscheidung dabei (W. Backmann) 1291.
Naphthalin bei Oxyuren (Borini) 480.
 β -Naphtholvergiftung (R. Stern) 415.
Narkolepsie (McCarty, J. M. Mac Cormac) 608.
Narkose, Chloroform, Veränderungen der Herzganglien (S. Schmidt) 406.
 — Tod (Wanitschek) 406.
Nase, Diphtherie (E. S. Yonge) 425.
 — rheumatische Affektionen (Sendsiak) 599.
Nasenkrankheiten und Gesichtsausdruck (R. Kayser) B 760.
 — nebenhöhlen, Erkrankungen (M. Hajeck) B 1189.
 — Rachenpolyp, Elektrolyse (W. Grosskopf) 831.
Nasenschleimhaut, Frisch'sche Bacillen (A. de Simoni) 993.
 — sekret Gesunder, Tuberkelbacillen (N. W. Jones) 1098.
 — vorhof als Krankheitsort (M. Breegen) B 760.
Natrium bicarbonicum beim Coma diabeticum (R. Lépine) 151.
 — salicylicum, Vergiftung (Soett) 411.
Natron, saures, harnsaures, in Bauch u. Gelenkhöhle des Kaninchens (W. His jr.) 915.
Naheimer Bäderkuren bei Herzkranken (Gräupner) B 659.
 — Heilfaktoren (Schott) B 1189.
Nebennieren (H. Boruttau) 327.
 — extrakt, Wirkung auf Herz u. Gefäße (Gottlieb) 1116.
 — geschwülste (F. Harbits) 327, (N. Bruchanow) 380.
 — Hypoplasie ders. u. Hydrocephalus (A. Cserny) 117.
 — innere Sekretion (K. Svehla) 547.
 — substanz bei Rachitis (W. Stoelsner) 568.
Nebenwirkungen d. Citrophen (E. Schotten) 973.
Nekrotisierende Hepatitis (H. Curschmann) 328.
Nephrektomie bei Hämaturie (Winge) 1283.
 — bei Nierengeschwulst (C. H. Strats u. R. de Josselin de Jong) 1282.
Nephritis acuta, Ätiologie (K. Thue) 1026.
 — Albuminurie dabei (R. Kolisch) 323.
 — bei Varicellen (H. Haenel) 482.
 — der Säuglinge (Goulkewitch) 1025.
 — Erbllichkeit (K. Pel) 324.
 — Ernährungseinfluss auf die Eiweißausscheidung (A. Pick) 519.
 — Mineralwässer (F. Schlagintweit) 519.
 — ohne Albuminurie (A. Cavazzani u. G. Ferrarini) 1197.
 — traumatische (R. Stern) 324.
 — u. Albuminurie (S. Pechkranz) 1026.
 — und Cheyne-Stokes'sches Athmen (O'Donovan) 324.
 — u. Kalkablagerungen in der Leber (N. E. Brill u. E. Libmann) 323.
 — u. Morbus Raynaud (M. Gibert) 288.
Nervenaaffinität und Blitzschlag (Reichl) 1281.
 — erkrankungen, organische u. funktionelle Neurosen (S. Schönborn) 606.
 — fäsen, Färbung (D. Orb) 898.
 — heilkunde, Orthopädie (Hoffa) B 634.
 — kranke, Haut und Sehnenreflexe (Strümpell) 562.
 — Musteranstalt (Grohmann) B 246.
 — krankheiten, Suspensionsbehandlung (A. Koffmann) 34.
 — lähmung, Sehnenmuskellumpflanzung (W. Müller) 637.
 — leiden, hereditäres (Giese) 947.

- Nervensystem, Atlas (C. Jacob) B 220.**
 ——— Einfluss auf die Infektionen (J. Salvioli u. Spangaro) 524.
 ——— Erkrankungen (F. Windscheid) B 758.
 ——— nach Unfällen (H. Sachs u. C. S. Freund) B 1260.
 ——— kindliches, und Alkoholismus (M. Kende) 974.
 ——— Krankheiten (Raymond) B 828.
 ——— Silberimprägnierung (Mosse) 632.
 ——— u. Lungentuberkulose (Schmidt) 287.
 ——— veränderungen bei Blutstockung (Lapinsky) 314.
 ——— sellen, Fettsubstanz (Rosin) 827.
 ——— u. Darmverschluss (Bentivegna) 675.
 ——— und Diphtheriegift (H. Rainy) 1084.
 ——— veränderungen (H. Markus) 1276.
Nervöse Dyspepsie (L. Herzog) 107.
 ——— und Kostaalstigma (Stiller) 678.
 ——— Enteritis (L. Wick) 141.
 ——— Herz- u. Gefäßstörungen (T. Rumpf) 1119.
 ——— Komplikationen bei Gastritis (A. Richter) 957.
 ——— Leberkolik (Forster) B 245, (T. Fuchs) 1294.
 ——— Schlaflosigkeit (H. Wunderlich) 39.
 ——— Störungen aus gastrointestinaler Ursache (Jessen) 766.
 ——— bei Abdominaltyphus (E. Braun) 1130.
 ——— des Herzens und Militärdienst (J. Bauer) 766.
Nervus acusticus, Geschwülste (K. Sternberg) 1278.
 ——— cutan. fem. ext., Parästhesie (K. Horváth) 897.
 ——— Sensibilitätsstörung (Nawratski) 897.
Nets- und Pseudonetzstumoren (R. Borrmann) 1078.
Neugeborene, Dermatitis exfoliativa (K. Das) 455.
 ——— Gewicht und Länge (Adersen) 451.
 ——— Nahrungsaufnahme (H. Cramer) 685.
 ——— Pemphigus (Bloch) 453.
 ——— Sclerema (Taylor) 826.
Neuralgia hepatis (Forster) B 245.
Neurasthenie, Arzneibehandlung (O. Dornblüth) 1166.
 ——— der verschiedenen Bevölkerungsklassen (Petrén) 1299.
 ——— Entstehung (L. Höflmayr) 606.
 ——— Nordseebad (Nicolas) 1167.
 ——— prä tuberkulöse (G. E. Papillon) 919.
 ——— Spermin Poehl (Salomon) 736.
Neurasthenische Schlaflosigkeit (Campbell) 920.
 ——— Tympanitis (H. Bernard) 606.
Neurasthenischer Schütteltremor nach Trauma (P. J. Becker) 919.
Neuritis alcoholica (Ingelrans) 315, (J. H. Larkin) 1280.
 ——— bei Arsenbehandlung der Chorea (T. C. Railton) 637.
 ——— bei Diabetes (C. O. Hawthorne) 587.
 ——— durch Phosphor (S. E. Henschen) 1087.
 ——— gichtische (Grube) 586.
 ——— u. Hersaffektionen (K. Grube) 315.
 ——— multiple, Beriberi, Polymyositis, Landry'sche Paralyse (Ebbell) 316.
 ——— und trophische Gefäßerkrankung (M. Lapinsky) 315.
Neuritische Muskelatrophie (J. E. Shaw) 587.
Neurologie des Auges (H. Wilbrand u. A. Sänger) B 995.
 ——— u. Psychiatrie, Semesterbericht (Buschan) B 758.
Neurosen, Fersan (S. Kornfeld) 1304.
 ——— funktionelle u. organische Nervenkrankheiten (S. Schönborn) 606.
Neurotabes peripherica (J. Hönig) 897.
Neutralroth, Gonokokkenfärbung (R. Herz) 1202.
Nieren, Bakterienelimination der (Métin) 1269.
 ——— blutung aus normalen Nieren bei Nephritis (Naunyn) 774.
 ——— unilaterale (L. Hofbauer) 775.
 ——— diabetes (Schupfer) 893.
 ——— dystopie (Hochenegg) 325.
 ——— elemente, Auftreten b. Darmstenosen (R. v. Engel) 675.
 ——— entartung, polycystische (Mohr) 1282.
 ——— funktion (Lipman-Wulf) 1258.
 ——— u. Methylenblauausscheidung (T. H. v. d. Velde) 359.
 ——— geschwulst, Nephrektomie (C. H. Stratz u. R. de Josselin de Jong) 1282.
 ——— kranke, Stickstoffausscheidung und Diaphoresis (F. Köhler) 358.
 ——— krankheiten, Blut- u. Harnkonzentration (L. Lindemann) 357.
 ——— Hypertrophie d. Herzens (Bier) 772.
 ——— Lage ders. und Körperform (Lennhoff) 513.
 ——— Lipom (Barlow) 1196.
 ——— normale, Blutungen daraus bei Nephritis (Naunyn) 774.
 ——— papillennekrose bei Hydronephrose (A. Stoudensky) 378.
 ——— parenchym und Nierenspaltung (J. Israel) 773.
 ——— spaltung und Nierenparenchym (J. Israel) 773.
 ——— steine u. Myoklonie (E. Ferrero) 283.
 ——— Störungen der wassersecrenirenden Thätigkeit (Kövesi u. Roth-Schuls) 772.
 ——— tuberkulose (D. Newman) 1100.
 ——— Chirurgie (König) 243.

- Nieren- u. Herskrankheiten, Kaffein dab. (M. K. Zenets) 1000.
 — und Leber bei Hämoglobinurie (F. Vitali) 1152.
 — großcystische Degeneration (Steiner) 728.
 — u. Nebennierengeschwülste (F. Harbits) 327.
 — veränderungen bei Hydronephrose (Distefano) 326.
 — Wanderniere u. Enteroptose (Godart-Danhieur) 776.
 Nikotianaseife (J. Marcuse) 392.
 Nitrate, Bacterium coli und Bac. Eberth (Grimbert) 19.
 — organische (C. R. Marshall) 269.
 Noma, Ätiologie (E. Krahn) 1134.
 Nordseebad, Neurastheniebehandlung (Nicolas) 1167.
 Nothwendigkeit einer Fußpflege (Zülch) 856.
 Nuclein, Abbau im Stoffwechsel (Weintraud) 464.
 Obliteration des Receptaculum chyli (A. H. Smith) 1297.
 Obstipation, Behandlung (Soupault) 341.
 — im Kindesalter (Dörfler) 688.
 — chronische (H. Westphalen) 1046.
 — Ipecacuanha dabei (R. Blondel) 343.
 Obstruktion bei Pylephlebitis (J. Magnan) 332.
 Occipitallappen, Entwicklungshemmung (Berger) 1256.
 Oculomotoriuslähmung (Möbius) 1085.
 Odessa, Limanen (Baginsky) 827.
 Ödem, angioneurotisches (H. Schlesinger) 456.
 — Mechanische Behandlung (Fornaca) 1120.
 — präscitisches, bei Lebercirrhose (Morano) 1295.
 — spinale, bei Syringomyelie (M. Gnesda) 218.
 — Unterleibskoliken und Diabetes (W. Ebstein) 1218.
 Oesophagitis u. Perioesophagitis phlegmonosa (L. Huismans) 56.
 Ösophagoskopie (G. Gottstein) 1073.
 Ösophaguscarcinom (Ewald) 388.
 — Carcinoma myxomatodes (O. Fischer) 620.
 — dilatation (T. W. Griffith) 58.
 — divertikel (Blum, F. A. R. Jung) 618.
 (A. Brosch) 953, (Jung) 954.
 — epitheliom (Bernard) 59.
 — erkrankungen, seltenere (T. Rosenheim) 60.
 — Fremdkörper, Radiographie (L. Bayer) B 221.
 — Magen- u. Darmcarcinom (J. Boas) 505.
 — perforation (Hille) 58.
 — polyp (Lennander) 955.
 — stenose (Jacobs) 56, (G. Holsknecht) 1074.
 Ösophagusstriktur (T. N. Kelyack und W. B. Anderton) 56.
 — — en (Borchgrevink) 1020.
 — Traktionsdivertikel (C. Springer) 796.
 — Ulcus pepticum (A. Glockner) 619.
 — varicos, Hämatemesis (G. Muller) 955.
 Ohrauspflungen bei Keuchhusten (G. A. Stephenson, S. G. Morris) 70.
 — enheilkunde u. med. Wissenschaften (E. Bloch) B 830.
 — erkrankungen der Diabetiker (H. Eulenstein) 354.
 — Gewerbekrankheiten (L. Bayer) B 221.
 — krankheiten bei Masern (R. Heymann) 166.
 — labyrinth, Raumsinn, Orientierung (E. v. Cyon) 799.
 Oleum camphoratum-Injektionen bei Phthisis (v. Criegern) 878.
 Oliver-Cardarelli'sches Symptom bei Mediastinaltumor (M. Auerbach) 753.
 Operative Behandlung der Bauchfell-tuberkulose (A. Frank, J. Hersfeld) 662.
 — — der Epilepsie (Kéty) 639.
 — — des Hydrocephalus (Dehler) 635.
 — — des Ileus (A. Schreiber) 663.
 — — d. Magengeschwürs (C. Schwarz) 661.
 — — des Morbus Basedow (G. Reinbach) 639.
 — — der Peritonitis (A. Tietze, E. Goldscheider) 663.
 Orexinum tannicum, appetitanregend (E. Zeltner) 735.
 Organische Nitrate (C. R. Marshall) 269.
 Organismen, isolirt im Krebs (H. G. Plimmer) 1037.
 Organismus, beeinflusst durch Sympathicusresektion (Floresco) 653.
 — Eiweißbestand (Bornstein) 504.
 Organotherapeutische Mittel bei Auto-intoxikationen (Poehl) 505.
 — s (Ewald) 566.
 Organotherapie (F. P. Richter) 1069.
 Organpräparate bei Psychosen (A. W. Wilcox) 760.
 Orientierung, Ohr labyrinth, Raumsinn (E. v. Cyon) 799.
 Orthopädie und Nervenheilkunde (Hoffa) B 634.
 Osmose u. Gewebsökonomie (H. Strebel) 1306.
 Osmotischer Druck der Körpersäfte (A. Poehl) 1072.
 Ossifikation d. Lig. stylohyoideum (Wightman) 1001.
 Osteomalakia, Phosphor (A. Littauer) 567.
 — senile (A. Drasche) 487.
 Osteomyelitis, psychische Störungen (J. Stein) 1302.
 — typhosa (Tapie) 938.
 Otalgia nervosa (R. Spira) B 760.
 Otitis tuberculosa (O. Piff) 559.

- Otochirurgie bei Mittelohrentzündungen (Stetter) *B* 1188.
- Ovarialeyste u. Appendicitis (F. A. Southam) 702.
- Oxykampher (Oxaphor) (F. Meyer) 709, (Neumayer) 710.
- Oxyuren, Naphthalin dagegen (Borini) 480.
- Oxyuriasis der Haut (Barbagallo) 1203.
- Osaena, Bakteriologie (Peres) 849.
- Mucosus bacillus (A. de Simoni) 994.
- Pachymeningitis interna haemorrhagica nach Trauma (O. Buss) 557.
- luetica externa (A. Strubell) 1039.
- Pädagogik in der Lungenheilstalt (A. Moeller) 1211.
- Palladiumchlorid bei Tuberkulose (Solis-Cohn) 1211.
- Pancreatitis acuta (Dörfler) 731.
- mit Fettgewebsnekrose (Scott) 731, (M. B. Schmidt) 732.
- haemorrhagica (Uhthoff u. Maynard) 982.
- u. Pankreascysten (A. Posselt) 1297.
- Pankreasaaffektionen u. alimentäre Glykosurie (E. Wille) 350.
- Autodigestion (H. Chiari) 1296.
- carcinom (Hödlmoser) 730.
- cyste (Keitler) 333.
- und Pankreatitis (A. Posselt) 1297.
- erkrankungen (J. Israel) 982.
- und Fettgewebsnekrose (M. B. Schmidt) 732.
- präparate bei Steatorrhoe (Massuyama u. Schild) 592.
- tumoren (Zoja) 334.
- verdauung bei Milaslasion (F. Badano) 917.
- Pankreatogener Diabetes (W. Bauermeister) 893.
- Papain b. Magenkrankheiten (M. Pickardt) 1023.
- Papillom, Blastomyceten darin (Vedeler) 536.
- Papillomatöse Cystitis (Bierhoff) 778.
- Paracelsus, Schriften, Kritik der Echtheit (Sudhoff) *B* 516.
- Paradoxe Embolien (Rabé) 214.
- r Puls (T. Harris) 793, (J. Hay) 1067.
- beim Husten (Dogliotti) 1068.
- s Pupillenphänomen (Antal) 1039.
- Parästhesie des Nerv. cut. fem. lat. (K. Horváth) 897.
- Paraldehyd bei Respirationskrankheiten (W. Mackie) 832.
- Paralyse, centrale, bei Syphilis (Bayet) 216.
- durch Ptomaine (Preobashensky) 873.
- erbliche Belastung (Naecke) 1089.
- juvenile, progressive (D. Hunter, H. Marr) 853.
- Landry'sche (Kapper) 586.
- Paralysis agitans (Gordinier) 582, (R. Williamson) 1190.
- Paralysis agitans bei jungen Leuten (Rouvillois) 284.
- Stoffwechsel (T. Peiper u. W. Scholz) 284.
- und Sarkom (Dana) 582.
- traumatica facialis (F. Gutschy) 875.
- plex. brach. sin. (F. Gutschy) 874.
- Paramyoclonus multiplex (Brush) 582.
- Paraphasie (A. Pitres) 800.
- Paraphenylendiaminvergiftung (Pollak) 974.
- Paraplegie bei Keuchhusten (E. Luisada) 217.
- u. Pyramidenzellen (Jakob, Marinenco) 437.
- Parasitäre Natur des Ekzems (W. Scholtz) 1034.
- Parasiten des Krebses (F. Curtis, M. Bra) 343.
- der Leukämie (Löwit) 502, 1148.
- Parotitis durch Jodkalium (Trautmann) 410.
- Inkubation (C. Dukes) 427.
- Paroxysmale Hämoglobinurie (J. Manna-berg und J. Donath) 364, (E. Chiarutini) 1197.
- Tachykardie (A. Hoffmann) 503, *B* 633.
- Passagere Bewusstseinstörung (Placzek) 1031.
- Pathogener Schimmelpilz (W. Ophüls und H. O. Moffit) 1249.
- Pathogenese der Akinesia algera (Cavassani) 920.
- der Angina pectoris (E. Orlandi) 209.
- der Appendicitis (de Klecki) 189.
- der Basedow'schen Krankheit (L. Haskovec) 924, (E. Maragliano) 1168.
- der Cholämie (A. Bickel) *B* 470.
- der Enteroptose (J. Rosengart) 142.
- innerer Krankheiten (Martius) *B* 1113.
- Pathologie der Masern (Cioffi) 847.
- Pathologische Anatomie d. Magens (Leuk) 95, (G. Köwesi) 98.
- Patienten und Ärzte (F. Scholz) *B* 1190.
- Pavor diurnus der Kinder (G. F. Still) 945.
- Pectoralis-Rippendefekt (Schlesinger) 588.
- Pellagra (M. Brocard und J. Auburtin) 554.
- Tyrosin dabei (Brugnola) 553.
- Pemphigus (W. Hadley und W. Bulloch) 454.
- neonatorum (Bloch) 453.
- Pentosereiche Harne (Bial) 264, 782.
- Pentosurie (M. Bial) 782.
- der Diabetiker (R. v. Jaksoh) 351.
- Pepsinabsonderung bei Magenkrankheiten (Roth) 670.
- bei Achylia gastrica (J. Troller) 98.
- sekretion (A. Schiff) 1022.
- Peptisches Duodenalgeschwür (O. Burwinkel) 140.



rhythmisch gegen die palpierende Hand anschlägt. Bei der Perkussion der totalen Herzdämpfung zeigt es sich, dass die untere Grenze den Ansatz des Proc. ensiformis bei den einzelnen Kranken um 3,5 bis 4,5 cm überragt, während nach oben zu die relative Dämpfung an der 3. Rippe oder im 3. Zwischenrippenraume oder gar am unteren Rande der 4. Rippe beginnt. — Es handelt sich also offenbar nicht um eine Vergrößerung des Organs, sondern um eine auffällige Senkung in toto, die sich nicht etwa durch irgend welche Veränderungen an den übrigen Thorakal- und Abdominalorganen erklären lässt. Auskultatorisch finden sich die Zeichen der Mitralstenose.

Der 1. der Kranken ist 21 Jahre alt, zeigt sich aber körperlich entwickelt wie ein junger Mensch von 14—15 Jahren, zwischen der Körpergröße und der größten Spannweite der Arme besteht eine Differenz von 10 cm. Der Schädel ist dolichocephal, es besteht eine deutliche Schiefheit des Gehirnschädels auf der rechten, eine geringere des Gesichtsschädels auf der linken Seite, Ohr läppchen beiderseits wenig entwickelt; an der Wirbelsäule nichts Auffälliges. Große Deformitäten finden sich am Brustkorbe; er ist fassförmig, der sagittale Durchmesser überwiegt. Oberhalb der Brustwarzenlinie ist er rechterseits mehr hervorgewölbt, während unterhalb derselben die linke Seite mehr hervorspringt. Der sagittale Durchmesser, am symmetrischem Punkte beider Brustkorbhälften gemessen, giebt Differenzen von 2 cm. Die Brustwarzen liegen nicht in gleicher Höhe: die rechte ist in Höhe der 5. Rippe $10\frac{1}{2}$ cm von der Mitte des Brustbeins, die linke in Höhe der 4. Rippe $9\frac{1}{2}$ cm von der Mittellinie entfernt. An den oberen Extremitäten sind die Bouchard'schen Knoten rechterseits eben angedeutet, die kleinen Finger zeigen Krümmung der Interphalangealgelenke, und zwar mit der Konvexität nach außen zwischen der 1. und 2. Phalanx, mit der Konvexität nach innen zwischen 2. und 3. Phalanx. An den unteren Extremitäten nichts Besonderes. Geschlechtliche Regungen fehlen bei dem Individuum noch völlig, trotzdem die Genitalien keine Entwicklungshemmung zeigen.

Die 2. Kranke hat gleichfalls eine Körpergröße, die unter dem Durchschnittsmaße ihres Alters liegt. Trotz ihrer 20 Jahre ist sie nur 1,44 m groß, Spannweite der Arme 142. Dolichocephaler Schädel, ein geringer Grad von Schiefheit des Gehirn- und Gesichtsschädels auf der rechten Seite, Haarwuchs rechts geringer als links, leichter Grad von Stumpfnase, Darwin'sche Spitze wenig entwickelt, Ohr läppchen adhärent. Die linke Schulter steht etwas tiefer als die rechte. Der Thorax ist kahnförmig, der Längsdurchmesser überwiegt etwas. Die sternale Ansatzstelle der 3. und besonders der 2. Rippe links springt deutlich hervor. Die oberen Extremitäten sind gleichmäßig wenig entwickelt wie bei einem Individuum von 14—15 Jahren, die unteren Epiphysen von Radius und Ulna sind etwas verdickt. Gleichmäßig schwach entwickelt sind auch die unteren Extremitäten. Bei ausgestreckten Beinen und an einander

Spuren in den verschiedenen Organen hinterlassen hat, hat besonders auf das Gefäßsystem eingewirkt und hat bei allen 4 Individuen außer der typischen Ptosis des Herzens auch die Mitralstenose verursacht, die also als ein Entwicklungsfehler zu betrachten ist, als eine Missbildung, eine Aplasie, wie uns die Untersuchungen Hardy's, Durosiez's, Potain's und G. Sée's gelehrt haben. Diese 4 Fälle zeigen so recht einwandfrei die große Bedeutung einer angeborenen, vielleicht hereditären krankhaften Anlage des Gefäßsystems, die die Ptosis des Herzens verursacht und den ganzen Cirkulationsapparat in Mitleidenschaft zieht, speciell das elastische Bindegewebe desselben (Rummo). Durch das Sinken der Elasticität der Gefäßwand wird das große Gefäßbündel, welches allein die Statik der Herzlage verursacht, insufficient und das Herz, sich selbst überlassen, sinkt in Folge seiner eigenen Schwere herab und lagert sich dem Zwerchfelle auf.

In Folge der gleichen primären Alteration der Gefäßwand findet sich an den peripheren Gefäßen eine ganze Reihe trophischer Störungen (Varicen, Sklerosen etc.), die derselben Ätiologie ihren Ursprung verdanken, und die ein passendes Seitenstück zu den dystrophischen Processen in den übrigen Organen bilden.

1. J. Molinié. L'asthme des foins et les rhinites spasmodiques vasomotrices.

(Gaz. des hôpitaux 1899. No. 52.)

Auf Grund der eingehenden Besprechung der Symptomatologie und Ätiologie erklärt Verf. Heuasthma und spastische Rhinitis für identische Affektionen und schlägt an Stelle der mannigfachen Bezeichnungen für die Krankheit die letztere vor, von welcher er eine periodische und eine irreguläre Form unterscheiden will. Das Syndrom der spastischen Rhinitis besteht nach Verf. aus einem Ensemble von vassekretorischen Reaktionsphänomenen, welche bei Gelegenheit einer peripheren oder centralen Erregung bei Individuen mit einer nukleären Irritabilität auf Grund der arthritischen Diathese im weiteren Sinne des Wortes auftreten.

v. Boltens Stern (Bremen).

2. H. v. Schrötter. Zur Kenntnis der Knochenneubildung in der Luftröhre.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 15.)

Der nun 33jährige Mann begann seit dem Jahre 1891 an Halsschmerzen und Athembeschwerden zu leiden. Bei der Tracheoskopie konstatierte v. S. einen von dem hinteren Theile der rechten Trachealwand ungefähr in der Höhe des 8. Trachealringes ausgehenden weißen, durchleuchtbaren, über erbsengroßen Tumor, auf dessen Basis feine Gefäßverzweigungen hinzogen. Außerdem konnten auch

einzelne oder zu Gruppen vereinigte, meist entsprechend den Trachealringen, aber auch zwischen diesen angeordnete Höckerchen und Knötchen wahrgenommen werden. Mit der scharfen Schrötter'schen Kehlkopfpincette wurde der größte Theil der Protuberanz unter hörbarem Krachen abgesprengt und eine ca. 6 mm lange, 4 mm breite und eben so dicke von den oberflächlichen Lagen der Schleimhaut bedeckte Knochenkapsel entfernt. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Richtigkeit der klinischen Diagnose, dass es sich um Knochenneubildung in der Luftröhre handelte.

Seifert (Würzburg).

3. A. Abrams. The lung and heart reflexes: a contribution to the study of heretofore undescribed clinical phenomena.

(Med. record 1899. April 22.)

Im Anschlusse an die Beobachtung Moccucci's, dass in 12 Fällen die vergrößerte Milz unter dem Einflusse eines auf das linke Hypochondrium gerichteten Äthersprays sich merklich verkleinerte, berichtet A., dass eine Verkleinerung der Milzdämpfung nicht nur bei Milztumor, sondern überhaupt in jedem Falle eintritt. Das beruht, wie sich mit Hilfe der Röntgenstrahlen nachweisen lässt, nur zum geringeren Theile auf einer Verkleinerung der Milz selbst, hauptsächlich aber auf der Ausdehnung der benachbarten Lungenpartien.

Eine solche circumscribed oder allgemeine Dilatation der Lunge beruht auf reflektorischer Reizung des Vagus von den benachbarten Hautnerven, oder dem Trigemini (Nasenschleimhaut) aus. Der Reiz kann ein chemischer, thermischer oder mechanischer sein, die Lungenausdehnung dauert nur wenige Minuten.

Ähnlich wirkt ein Hautreiz in der Herzgegend. Auch hier verkleinert sich die Herzdämpfung oder verschwindet, indem das Herz von der ausgedehnten Lunge überlagert, und zugleich eine Kontraktion des Myokards hervorgerufen wird.

A. macht auf die therapeutische Bedeutung dieser Erscheinung für die Behandlung von Herzkrankheiten und gewisser atelektatischer Zustände der Lungen aufmerksam, auf deren Vorkommen bei scheinbar ganz normalen Individuen er bereits früher hingewiesen hatte.

Eisenmenger (Wien).

4. S. Wendelstadt. Die Wirkung des Weingeistes auf die Athmung des Menschen.

(Pflüger's Archiv Bd. LXXVI. p. 223.)

Verf. verwendete 8 Versuchspersonen verschiedenen Alters, Geschlechts, verschiedener Konstitution und Beschäftigungsweise in ermüdetem und nicht ermüdetem Zustande, gab denselben den Alkohol sowohl rein, als in Gestalt verschiedener Weine und ließ dabei bestimmte Zeiten durch eine Gasuhr athmen. Er fand, dass mäßige Gaben die Athmung des nicht Ermüdeten meistens, die des Ermüdeten aber immer und oft bedeutend steigerten, wobei zu bemerken ist,

dass unter die »Ermüdeten«, vom Alkohol leichter beeinflusst, die Vertreter der geistigen Arbeit schon als solche zu gehören schienen. Das Bouquet des Weines gab sich als wesentlicher Faktor bei der erregenden Wirkung zu erkennen.

G. Sommer (Würzburg).

5. Cabot. Experience with Litten's diaphragm-phenomenon in 220 cases.

(New York med. news. 1899. April 15.)

Bei einer Prüfung auf das Vorhandensein des Litten'schen Zwerchfellphänomens, die C. bei 220 Pat. vornahm, erhielt er folgende Resultate:

1) In 102 Fällen, wo normale Brustorgane vorhanden, zeigte der Diaphragmaschatten eine ungefähre Exkursion von $2\frac{1}{3}$ (engl.) Zoll auf jeder Brustseite. 2) In 11 Fällen von pleuritischen Exsudate, 5 von adhärenter Pleura und 3 von akuter Pleuritis sicca fehlte der Schatten auf der afficirten Seite. 3) In 6 Fällen von Phthisis war die Diaphragmaexkursion mit Ausnahme eines Falles auf der afficirten Seite vermindert; selbst bei Fällen in den Anfangsstadien kann diese Veränderung bemerkt werden. 4) Muskelschwäche kann die Ausdehnung des Schattens beträchtlich beschränken; bei Fettsucht wird er oft vermisst; nur bei einem Hustenanfalle kann er dann beobachtet werden. 5) Es kann erhebliche Leber- oder Milzschwellung bestehen, ohne dass der Schatten verschwindet; jedoch eine sehr große Ansammlung von Ascitesflüssigkeit kann ihn unsichtbar machen. 6) Der Diaphragmaschatten scheint die Anwendung von X-Strahlen bei der Untersuchung der Zwerchfellbewegung unnöthig zu machen.

Friedeberg (Magdeburg).

6. F. Duplant. Retrecissement considerable de la bronche gauche.

(Revue de méd. 1898. p. 584.)

Ein sehr seltener Fall von beträchtlicher, anscheinend syphilitischer Verengerung des linken Bronchus, wie sie ähnlich von Gouguenheim und von Faivaud beschrieben. Sie betraf einen 61jährigen Mann mit Schrumpfnieren, die klinische Beobachtung war nur sehr kurzdauernd. Der linke Lungenoberlappen zeigte eine diffuse interstitielle, von der Pleura ausgehende chronische Pneumonie, die den syphilitischen Lungenentzündungen (Lanceraux u. A.) entsprach. An der Stelle der narbigen Bronchialstenose wurden Ossifikationsprocesse aufgedeckt; das kartilaginöse Gewebe war in fibröses verwandelt.

F. Reiche (Hamburg).

7. J. Lépine. Sur un cas de bronchite pseudo-membraneuse chronique.

(Revue de méd. 1898. p. 835.)

Bei einem 40jährigen Kranken, der im Anschlusse an mehrere einige Jahre zuvor durchgemachte leichte Bronchitiden und eine Pneumonie seit 4 Jahren an einer schweren Bronchitis pseudomembranacea chronica mit anfallsweisen, starken, oft eine bemerkenswerthe periodische Regelmäßigkeit zeigenden Oppressionszuständen gelitten, gegen welche Affektion alle therapeutischen Versuche sich machtlos erwiesen hatten, wurde, weil gichtische Manifestationen bei ihm anamnestisch waren, ein streng antiarthritisches Regime mit ausschließlicher Milchdiät und Alkalien eingeleitet. Die Suffokationszustände schwanden nach einigen Wochen, das Aushusten von Membranen hörte ganz auf, der fast kontinuierlich gewordene Husten besserte sich rasch.

F. Reiche (Hamburg).

8. W. Teichmüller. Die eosinophile Bronchitis.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. LXIII. Hft. 5 u. 6.)

T. tritt aufs Neue für die Wichtigkeit des vor 3 Jahren von A. Hoffmann aufgestellten Krankheitsbildes der eosinophilen Bronchitis ein. Sie stellt eine katarrhalische Erkrankung der Bronchien dar, die, einen mehr chronischen Verlauf nehmend, aber auch zeitweise mit vollständig normalem Befinden alternirend, besonders durch die große Zahl eosinophiler Zellen im Sputum charakterisirt ist. Über die Herkunft der letzteren ist noch nichts Sicheres zu sagen.

Die Ätiologie ist unbestimmt, schlechte hygienische Verhältnisse stehen oben an, Beziehungen zu Tuberkulose sind wahrscheinlich, solche zu Nasenaffektionen unerwiesen.

Der Process setzt allmählich ein, dauert meist 1—4 Monate, giebt zumeist günstige Prognose. Es bestehen die subjektiven und objektiven Zeichen von Bronchitis mit viel Sekret; der Auswurf ist glasig, schleimig, locker, allenfalls mit gelbeitrigen Beimengungen. Er enthält massenhaft eosinophile Zellen, keine Charcot-Leyden'schen Krystalle und keine oder schlecht ausgebildete Spiralen. Vom eigentlichen Asthma soll der Zustand deutlich verschieden sein, wenn auch gelegentlich Verwechslungen statthaben können.

Die Therapie besteht vorwiegend in hygienischen und diätetischen Maßnahmen, besonders Gymnastik und Hydrotherapie. Jodkali soll nur dann wirksam sein, wenn die Krankheit auf luetischer Basis entstanden. 15 Krankengeschichten dienen zum Beleg.

D. Gerhardt (Straßburg i/E.).

9. Lambotte. Un cas de corps étranger ayant séjourné 174 jours dans les bronches.

(Ann. et bull. de la soc. de méd. d'Anvers 1899. Januar u. Februar.)

Der 8jährige Junge hatte ein Stück von einem Knopfe aspirirt und von da an an Husten und reichlichem Auswurfe gelitten. Da

die Untersuchung über dem linken Unterlappen wesentliche Abschwächung des Athmungsgeräusches ergab, wurde der Sitz des Fremdkörpers im linken Bronchus angenommen. Tracheotomie und Aufsuchung des Fremdkörpers. Erst nach der 5. in der Narkose unternommenen Exploration mit verschiedenen Instrumenten gelang es, den Fremdkörper im rechten Bronchus nachzuweisen, aber die Extraktion mit einer Zange (für Fremdkörper in der Urethra) gelang erst in der 7. Narkose. Rasche Heilung. In einem 2. Falle (18jähriger Mann) hatte ein Knopf $1\frac{1}{2}$ Jahre im linken Bronchus verweilt, denselbe war für einen Phthisiker wegen des andauernden Hustens und der Abmagerung gehalten worden. Tracheotomie, bei der dritten in Narkose von der Trachealwunde aus vorgenommenen Sondirung wurde der Fremdkörper ausgehustet. Ebenfalls rasche Heilung.

Seifert (Würzburg).

10. Griffon. Analyse bactériologique de deux cas de bronchite membraneuse, l'un aigu, l'autre tendant à la chronicité.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1899. März.)

Im ersten Falle handelte es sich um die chronische Form der Bronchitis fibrinosa, die bakteriologische Untersuchung ergab ausschließlich den Pneumococcus; der zweite Fall betraf eine 37jährige Frau, welche nach einer 14tägigen einfachen Bronchitis nur einige Tage lang fibrinöse Massen aushustete, in welchen Streptokokken nachgewiesen wurden.

Seifert (Würzburg).

11. S. Pechkranz. Beitrag zur Ätiologie des Hustens.

(Wiener med. Wochenschrift 1899. No. 15.)

Nach den Beobachtungen des Verf. bildet das Sodbrennen, was bisher noch nicht in der Litteratur erwähnt wurde, eine ziemlich häufige Ursache des Hustens. Dasselbe wird durch eine direkte chronische Reizung der äußerst reizbaren Stelle des Kehlkopfes, nämlich des Spatium interarytaenoideum, mittels der das Sodbrennen verursachenden, ätzenden und am häufigsten sauer reagirenden Flüssigkeit hervorgerufen.

W. Neubaur (Magdeburg).

12. O. Rosenbach. Über pseudopulmonale und pseudo-pleurale Geräusche (Muskelknacken und Muskelknarren).

(Wiener klin. Rundschau 1899. No. 26.)

Die pseudopulmonalen Geräusche sind Muskelgeräusche, welche ziemlich häufig bei mageren Individuen über den Lungenspitzen auftreten. Sie gleichen klein- oder mittelgroßblasigen Rasselgeräuschen akustisch vollständig, lassen sich aber von diesen dadurch unterscheiden, dass sie ganz symmetrisch über beiden Lungenspitzen auftreten, dass sie im Verlaufe der Beobachtung völlig konstant bleiben, durch Hustenstöße und Lagewechsel nicht verändert werden,

dass sie fortdauern, wenn der Athem auf der Höhe der Inspiration angehalten wird und endlich dadurch, dass man neben diesen vesikuläres Athmen hört.

Bei kurzer, keuchender Respiration tritt das Geräusch meist gar nicht auf. Durch tiefes Eindrücken mit dem Stethoskop lässt es sich häufig zum Verschwinden bringen.

Das pseudopleurale Geräusch ist ebenfalls ein Muskelgeräusch, das seine Prädilektionsstelle in den zwischen der vorderen und hinteren Axillarlinie gelegenen Partien des 6.—10. Interkostalraumes hat. Es repräsentirt den Typus des Lederknarrens und ist oft nur schwer vom pleuralen Reiben zu unterscheiden. Sehr wichtig für die Diagnose ist die Doppelseitigkeit und das Fehlen anderer Symptome der Pleuritis.

Eisenmenger (Wien).

13. E. Ausset. Sur un cas d'hémoptysie mortelle chez un enfant de huit ans.

(Gaz. de hôpitaux 1899. No. 40.)

In Anschluss an den Bericht eines Falles, in welchem ein 8jähriges Kind an beträchtlichen Blutungen zu Grunde gegangen war, bei der Autopsie jedoch nur eine Kongestion beider Lungenspitzen ohne sichtbare Tuberkulose, tuberkulöse Erkrankung der Bronchialdrüsen und einen sehr kleinen, völlig lokalisierten tuberkulösen Herd der Lunge zeigte, führte die Besprechung der verschiedenen Möglichkeiten der Herkunft der Blutungen zu dem Schlusse, dass sie allein aus den Lungen stammen, durch die Lungentuberkulose bedingt sein können. Meist entstehen sie am Ende der Krankheitsentwicklung in der Periode der Kavernenbildung. Hier fehlte diese. Auch die Möglichkeit, dass durch eine unbemerkt gebliebene Arrosion und Ulceration einer Gefäßwand von einer Drüse aus die Hämoptyse entstanden sei, verwirft Verf., weil bei dem ganzen Vorgange in der allmählichen Entwicklung im Allgemeinen nur eine einzige, enorme foudroyante Blutung sich zu ergeben pflegt und hier vier successive und von einander getrennte Hämorrhagien auftraten. Zudem erfordert die Entwicklung derartiger Störungen längere Zeit und die anatomische Ursache entgeht schwerlich der genauen Untersuchung. Verf. bezieht die Hämorrhagien vielmehr auf den kongestiven Zustand der Lungenspitzen, welcher wahrscheinlich tuberkulöser Natur war. Ein relativ kleines Gefäß kann sich eröffnet haben, aus ihm mehrere Blutungen, jede für sich reichlich, welche durch ihre Wiederholung zur Verblutung führten, erfolgt sein, wenn auch thatsächlich ein solches bei der Autopsie sich nicht fand.

v. Boltenstern (Bremen).

14. Kolbe. Ein seltener Fall von innerer Verletzung der Brusthöhle.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 34.)

Ein 5jähriges Mädchen erkrankte unmittelbar, nachdem es durch ein anderes Kind auf den weichen Erdboden geworfen worden war, an Athemnoth, Brustschmerzen, blutig gefärbtem Auswurfe, kurze Zeit darauf auch an starkem Hautemphysem, welches sich über die rechte Brust und Halssseite erstreckte. Außerdem ergab die Untersuchung rechtsseitigen Pneumothorax; Frakturen an den Rippen, Sternum oder Klavikeln ließen sich nicht nachweisen. Dieser Zustand blieb längere Zeit unverändert, bis nach einem starken Hustenstoße die Pat. einen Kirschkern expectorirte, welchen dieselbe, wie sich auf nunmehriges Befragen herausstellte, im Augenblicke des Falles im Munde gehabt hatte. Von da an besserten sich alle Krankheitserscheinungen, es erfolgte völlige Genesung. — Zur Erklärung des Krankheitsfalles nimmt Verf. an, dass während des Fallens der Kirschkern in einen größeren Bronchus aspirirt wurde und denselben völlig verstopfte. In Folge der starken Spannung, in welcher sich hierdurch der betroffene Lungenabschnitt befand, bewirkte das Auffallen des Körpers auf den Erdboden eine Berstung des ersteren, so wie der bedeckenden Pleura und führte so zu den beschriebenen Krankheitserscheinungen.

Ephraim (Breslau).

15. H. Hellendahl. Ein Beitrag zur Diagnostik der Lungengeschwülste.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XXXVII. p. 435.)

H. konnte in 2 Fällen von Lungentumor und einem Falle von sekundärem Pleuratumor durch die Probepunktion der Geschwulstmasse kleine Gewebsbestandtheile erhalten, deren mikroskopische Untersuchung die Diagnose sicherte. Er empfiehlt diese Methode, die er auch an Leichenmaterial nachgeprüft hat, zur weiteren Übung und glaubt, dass sie, geschickt ausgeführt, dem Kliniker werthvolle Dienste leisten kann.

Ad. Schmidt (Bonn).

16. Herrmann. Zur Symptomatologie und klinischen Diagnose des primären Lungenkrebses.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. LXIII. Hft. 5 u. 6.)

H. giebt die Krankengeschichten von 6 einschlägigen Fällen aus der Grawitz'schen Abtheilung, und kommt hinsichtlich der Diagnose zu folgenden Schlüssen: Die Diagnose ist sicher, wenn der Nachweis von aus der Lunge stammenden Krebspartikeln gelingt, entweder aus dem Sputum oder aus dem häufig (in 50%) vorhandenen Pleuraexsudate. Diese Exsudate sind meist blutig, fleischwasserfarben bis dunkelblauroth, enthalten frische und alte Erythrocyten, oft Hämatoidinnadeln; an die Pleuritis schließt sich häufig starke Thoraxschumpfung. — Nächst dem direkten Carcinomnachweise ist das

Auftreten von Metastasen in den Hals-, Achsel-, Leistendrüsen und der Leber von Wichtigkeit. Die Lokalerscheinungen des Tumors wechseln, meist ist Infiltration eines Oberlappens nachweisbar. — Diagnostisch wichtig sind ferner die allgemeine Kachexie, das himbeergelée- bis pflaumenbrühartige Sputum, Venenstauungen und halbseitiges Ödem, Kolbenfinger, Dyspnoë, Dysphagie, Kehlkopflähmungen.

D. Gerhardt (Straßburg i/E.).

17. M. Podack. Zur Kenntniss des sog. Endothelkrebses der Pleura und der Mucormykosen im menschlichen Respirationsapparate.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. LXIII. Hft. 1 u. 2.)

Genaue Beschreibung zweier Fälle von primärem Endothelkrebs der Pleura, die beide eine Reihe interessanter pathologisch-anatomischer Details boten. Der klinische Verlauf war gekennzeichnet durch hämorrhagischen Pleuraerguss mit eigenthümlichem mikroskopischen Befunde: beim einen Falle mäßig viele, große, meist etwas verfettete und stark vakuolisirte Zellen mit großen Kernen, ohne Mitosen, die Zellen oft in größeren Verbänden; beim anderen sehr zahlreiche, meist etwas verfettete, nur bisweilen vakuolisirte Zellen, deren großer Kern häufig mitotische und amitotische Theilung zeigte, nur selten größere Zellkonglomerate; bei beiden Fällen gaben die Zellen z. Th. deutliche Glykogenreaktion. — Bei dem ersten Kranken wiesen einige Symptome auf ein Starrwerden der Pleurahöhlenwandungen hin. Die Verdrängungserscheinungen gingen nach Punction nur wenig, später gar nicht zurück; der negative Druck war auffallend stark, die Wiederansammlung des Ergusses erfolgte sehr rasch, der Blutgehalt nahm dabei zu; zuletzt wurde geringe Schrumpfung des Brustkorbes bemerkbar; bei dem 2. Falle, bei dem die Geschwulstbildung wie die klinischen Symptome weniger entwickelt waren, fehlten solche Zeichen.

Als wichtiges Symptom entwickelten sich bei beiden Kranken Geschwulstknötchen an den Punctionsstellen; sie waren hart, flach, nicht druckempfindlich, leicht verschieblich und unterschieden sich dadurch von ähnlichen Knoten, die gelegentlich bei tuberkulöser Pleuritis vorkommen (Verf. führt 2 eigene Fälle als Beispiel an), und die zwar auch scheibenförmig und hart aber etwas druckempfindlich und wenig, zuletzt kaum noch verschieblich sind.

Durch die angeführten Merkmale ist der Endothelkrebs von anderen Formen von Pleuritis, speciell der hämorrhagischen, leidlich gut zu unterscheiden. Schwieriger ist die Differentialdiagnose von anderen Geschwulstformen, besonders sekundären Carcinomen; der mikroskopische Befund des Exsudates kann hier ganz ähnlich sein, größere Bedeutung kommt nach P. vielleicht der Schrumpfung des Brustkorbes zu. Die Krankengeschichte eines Falles von subpleural gewachsenem Fibrosarkom der Lunge illustriert diese diagnostischen Schwierigkeiten.

Der eine der beiden Endotheliomfälle bot als zufälligen Nebensbefund die Ansiedlung des Lichtheim'schen *Mucor corymbifer* im Lungengewebe, dicht unter der Pleura, und diese fast ganz usurierend; die Pilzfäden waren im Lungengewebe, in den Alveolen, in den Blutgefäßen ausgebreitet, das Parenchym war im Centrum des Herdes abgestorben, nach der Peripherie zu in interstitieller Entzündung, die Pleura darüber stark verdickt.

Der *Mucor corymbifer* ist nur selten in der Lunge, einige Male im Gehörgange des Menschen gefunden worden. Bei dem Mangel anderer pathologischer Vorgänge im betreffenden Lungentheile muss der Pilz in P.'s Falle als Entzündungserreger angesehen, der Fall also den primären Mucomykosen zugerechnet werden.

D. Gerhardt (Straßburg i/E.).

15. **F. Taylor.** On combined pleural and pericardial adhesion.
(Lancet 1898. Oktober 29.)

Fibröse Verwachsungen gleichzeitig im Pleuraraume und Herzbeutel sind kein seltenes Vorkommnis. Unter 192 Fällen von adhärentem Perikardium wurden in 52 auch Verdickungen und Verwachsungen des Brustfelles bei der Sektion nachgewiesen. — Auf die Folgezustände perikardialer Obliterationen hat Heidemann vor Kurzem hingewiesen, den von ihm zusammengestellten Fällen reiht sich der mitgetheilte an. Eine 42jährige Frau, die fast $\frac{1}{2}$ Jahr vor ihrem Tode in Krankenhausbeobachtung gestanden, hatte 5 Monate zuvor als 1. Krankheitssymptom eine zunehmende Anschwellung des Abdomens bekommen, 4 Monate danach im Anschlusse an eine Erkältung Husten und Brustbeschwerden; die klinisch im Vordergrund stehenden Züge waren Orthopnoë, Husten, eine in Dämpfung und fehlendem Vesikulärathmen sich bekundende mangelnde Respiration in den Unterlappen beider Lungen ohne Pleuraerguss, Herzschwäche ohne objektive Zeichen eines bestimmten Herzleidens, Ascites und Ödeme. Pathologisch-anatomisch fanden sich vollständige Obliteration des Pleuraraumes mit stark verdicktem Rippenfelle, ausgedehnter Kollaps der Lungenbasis jederseits und mäßige Erweiterung der Luftwege, ein adhärenthes und verdecktes Perikard mit Dilatation des rechten Vorhofes und der hypertrophirten rechten Herzkammer, eine chronische, nicht eitrig-eitrige Mediastinitis und Ascites mit Anzeichen chronischer Peritonitis. Die Nieren waren normal. Als ätiologisches Moment liegt nur eine 4 Jahre zuvor überstandene Scarlatina vor. Die Diagnose dieser Affektionen kann oft großen Schwierigkeiten begegnen, differentialdiagnostisch wird häufig eine Lebercirrhose in Betracht kommen.

F. Reiche (Hamburg).

19. Chasman and Ely. Case of primary hemorrhagic effusions into the pleurae and peritoneum.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. August.)

Eine Frau litt eine Reihe von Jahren lang an wiederholten Ansammlungen bluthaltiger seröser Flüssigkeit in der rechten Pleurahöhle. Jedes Jahr wurde mehrmals die Flüssigkeit aspirirt, jedoch kehrte die Ansammlung immer wieder. Dabei war die Frau sonst durchaus gesund, hatte kein Fieber, keinen Husten, überhaupt keinerlei Beschwerden außer Athemnoth.

Schließlich versuchte C. durch Ausspülung der Pleurahöhle mit stark verdünnter Jodtinktur eine Adhäsion der Pleurablätter zu erreichen, um dadurch ein Wiederansammeln der Flüssigkeit zu verhindern. Beim 2. Versuche gelang dieses auch. Aber jetzt bildete sich ein eben solcher Flüssigkeitserguss in der linken Pleurahöhle. Nachdem auch dieser 7mal in 3 Monaten durch Aspiration entfernt worden war, wurde auch links mit Jodlösung ausgespült, mit dem gleichen Erfolge wie rechts.

4 Monate später wurde aber von E. eine Flüssigkeitsansammlung in der Bauchhöhle festgestellt, die sich bei der Punktion auch als bluthaltig serös herausstellte. In 5 Jahren wurde noch 41mal die Bauchhöhle punktirt.

Dann nahm Pat. auf E.'s Ordination das Extrakt von *Aralia hispida* (einer Art Epheu), welches gegen chronische Peritonitis empfohlen wird. Schließlich wurde sie auch völlig hergestellt, sei es in Folge dieser Medikation, sei es, weil die Menopause eingetreten war.

Classen (Grube i/H.).

20. E. Hahn. Über Chylothorax.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 25.)

Die Litteratur des traumatischen Chylothorax (bisher 9 Fälle) bereichert Verf. durch eine neue Beobachtung. Es handelte sich um einen Mann, der von einem Wagen überfahren worden war. Neben anderen Verletzungen konnte ein Bruch der linken 9. und 10. Rippe, so wie ein Erguss in der rechten Pleurahöhle festgestellt werden. Wegen immer wieder auftretender Athemnoth wurde letzterer im Laufe der 6 Wochen währenden Beobachtung 10mal punktirt; hierbei wurden im Ganzen 30 Liter Flüssigkeit entleert, die in der ersten Zeit röthlich gefärbt (Beimischung von rothen Blutkörperchen), später milchig war und alle Eigenschaften des Chylus aufwies. Unter zunehmender Schwäche erfolgte Exitus. Die Sektion ergab eine Ruptur des Duct. thorac. an der rechten Seite des 10. Brustwirbels, an welcher Stelle sich auch ein Callus befand.

Ephraim (Breslau).

21. **A. Schütze.** Über den Nachweis von Typhusbacillen in den Fäces und in der Milz nach dem Verfahren von Piorkowski.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XXXVIII. p. 39.)

Das Verfahren von Piorkowski, welches bekanntlich in der Anwendung eines aus alkalischem Harne unter Zusatz von Pepton und Gelatine hergestellten Nährbodens besteht, hat dem Verf. in der 1. medicinischen Klinik zu Berlin gute Dienste geleistet. In 4 Fällen von Typhus konnten aus den Fäces innerhalb 24—48 Stunden die Bacillen rein gezüchtet werden, 2mal auch p. m. aus der Milz. In einem 5. Falle war der negative Befund für die Diagnose entscheidend; es handelte sich, wie später evident wurde, um eine gynäkologische Affektion, welche Typhus vorgetäuscht hatte.

Ad. Schmidt (Bonn).

22. **A. Balfour and C. Porter.** A research into the bacteriology of typhus fever.

(Edinb. med. journ. 1899. Februar.)

Während einer jüngst in Edinburg beobachteten Epidemie von Fleckfieber gelang es B. und P. in 7 tödlichen Fällen aus dem Blute des Herzens, der Lunge oder der Milz einen kapsellosen, rasch in Bouillon und Milch wachsenden und leicht auf Agar, Blutserum und Kartoffeln gedeihenden Diplococcus zu isoliren, der sich mit Genviolett und Karbolfuchsin gut färbt und nach Gram nicht entfärbt. Wachsthumsoptimum sind 37°. Derselbe Mikroorganismus wurde intra vitam bei 15 akuten, am 4.—14. Krankheitstage stehenden Flecktyphen in reichlichen Mengen und in Reinkultur aus dem Fingerblute gezüchtet, ferner fanden ihn B. und P. bei einem in Quarantäne gehaltenen Knaben, der möglicherweise einen leichten Anfall unbemerkt überstanden. Die Mikroben besitzen Ähnlichkeiten mit den von Dubief und Bruhl beim Typhus petechialis beschriebenen Mikroorganismen, aber auch ausgesprochene Differenzen.

F. Reiche (Hamburg).

23. **Grimbert.** Action du B. coli et du bacille d'Eberth sur les nitrates.

(Annales de l'Institut Pasteur 1899. Januar.)

Die beiden Bakterienarten können die Nitrate nur dann angreifen, wenn gleichzeitig stärkemehlhaltige Substanzen vorhanden sind. Die Gegenwart der Nitrate hemmt nicht die Funktionen des Bact. coli oder des Typhusbacillus, da sie sich sehr gut in Nährsubstraten entwickeln, welche 1% eines solchen Salzes enthalten und darin mindestens die gleiche Menge Stickstoff entwickeln, wie in dem mit Nitraten versetzten Nährmedium. Die Rolle, welche die Kohlehydrate bei der Denitrifikation unter Einwirkung des Bact. coli spielen, könnte einiges Licht auf die noch schwebende Frage des Stickstoffverlustes in der Landwirthschaft werfen. Seifert (Würzburg).

24. P. Courmont et Cade. Transmission de la substance agglutinante du bacille d'Eberth par l'allaitement.

(Lyon méd. 1899. No. 36.)

Dass die Milch typhuskranker Frauen agglutinirenden Einfluss auf die Kulturen des Typhusbacillus besitzt, ist durch mehrfach Beobachtungen festgestellt. Indess wird die Frage, ob auch das Serum von Kindern, die mit solcher Milch ernährt werden, dieselbe Eigenschaft zeigt, von einigen Autoren verschieden beantwortet. Verkonnten jedoch in einem Falle mit Sicherheit konstatiren, dass dies der Fall war; und zwar zeigte sich in Übereinstimmung mit einigen wenigen analogen Fällen, dass die agglutinirende Kraft des kindlichen Serums erheblich geringer war, als die der Milch, und diese wiederum geringer als die des mütterlichen Serums. Ferner zeigte sich, dass das Agglutinationsvermögen des kindlichen Serums schon wenige Tage nach dem Absetzen des Kindes verschwanden. Diese beiden Umstände mögen wohl auch die negativen Ergebniss anderer Autoren erklären.

Ephraïm (Breslau).

25. R. Lépine et B. Lyonnet. Sur les effets de la toxine typhique chez le chien.

(Revue de méd. 1898. p. 854.)

Die Verf. fanden bei verschiedenen Hunden eine sehr verschiedene Widerstandskraft gegen Typhustoxine. Die kurz vor der Injektion des Gifts vorgenommene Entfernung der Milz scheint keinen merkbaren Einfluss auf den Verlauf der Intoxikation zu haben. Wurde das Organ hingegen nach Freilegung und Einhüllung in Kompressen mit heißer physiologischer Kochsalzlösung mittels eines entsprechend konstruirten Apparats stark erhitzt, so steigerte sich die Resistenzfähigkeit des Thieres gegen tödliche Dosen Typhusgift beträchtlich. Erliegen Hunde rasch einer Einspritzung des Toxins, so hebt sich meist ihre Temperatur sehr wenig oder sinkt selbst ab, überleben sie hingegen, so konstatirt man einen raschen und erheblichen Anstieg der Eigenwärme; in ersterem Falle nimmt die Leukocytenzahl stark ab, im letzterem steigt sie nach einigen Stunden oder am folgenden Tage, und eben so ist sie leicht erhöht, wenn die Thiere langsam an der Vergiftung zu Grunde gehen.

F. Reiche (Hamburg).

26. Remlinger. Contribution expérimentale à l'étude de la transmission héréditaire de l'immunité contre le bacille d'Eberth et du pouvoir agglutinant.

(Annales de l'Institut Pasteur 1899. Februar.)

Die an Kaninchen und Meerschweinchen angestellten experimentellen Untersuchungen, die sich auf den Typhusbacillus bezogen, ergaben, dass bezüglich der Übertragbarkeit der erworbenen Immunität gegen diesen Bacillus die Rolle des Vaters gleich Null ist, dass

aber die Mutter, besonders wenn die Immunisirung während der Schwangerschaft geschah, dieselbe auf die Nachkommenschaft überträgt, wenn auch nur auf die Dauer von 1, höchstens 2 Monaten. Auch die Agglutinationsfähigkeit wird nur von der Mutter übertragen, jedoch nur dann, wenn die Immunisirung während der Schwangerschaft geschah. Die Reaktion ist beim Fötus viel schwächer wie bei der Mutter und bleibt nur einige Monate bestehen. Beide Eigenschaften, Immunisation und Agglutination, sind durch das Säugen nicht übertragbar.

Selfert (Würzburg).

27. R. Pauly. De la contagion hospitalière de la fièvre typhoïde.

(Revue de méd. 1898. p. 605.)

Nach den mitgetheilten Daten sind Übertragungen des Typhus im Krankenhause doch nur selten. Infektionen durch die Luft sind unsicher und unwahrscheinlich, es handelt sich meist um Übermittlungen durch die Hände, durch mit den Kranken in Berührung gewesene Gegenstände. Eine Isolirung der Typhösen in besonderen Krankensälen hält P. nicht für nothwendig. F. Reiche (Hamburg).

28. T. B. Poole. An account of some cases occurring in the Maidstone typhoid fever epidemic.

(Guy's Hospital Reports Vol. LIII.)

Im August 1897 begann die schwere Typhusepidemie in Maidstone, die nach ihrer ganzen Vertheilung in der Stadt auf Kontamination einer ihrer verschiedenen Wasserleitungen sicher zurückzuführen war. Sie erreichte in der zweiten Hälfte des Septembers mit 566 Erkrankungen ihr Maximum; die Gesamtzahl betrug 1847, die Sterblichkeit 7,14%. P. berichtet in umfangreicher Arbeit über 210 von ihm in einem der Hospitäler beobachtete Kranke, 103 männlichen und 107 weiblichen Geschlechts. Der mittlere Hospitalaufenthalt war 62 Tage. 27 standen bereits in der Rekonvaleszenz, unter den übrigen allein von P. bearbeiteten 183 Fällen waren 22% unter 10, 52 unter 15, 69 unter 20, 78 unter 25 und 84% unter 30 Jahren. Schwere, mäßig schwere und leichte Fälle waren in nahezu gleichen Mengen vertreten, die Hauptzahl der ersteren betraf die Lebensalter zwischen 10. und 20. und nach dem 30. Jahre. Zu Beginn der Epidemie waren schwere Fälle häufiger wie im späteren Verlaufe, ferner boten die früheren Fälle viel mehr die Symptome ausgesprochener Toxämie. Kurz dauernde Verlaufsformen wurden nur bei Kindern gesehen, lange dauernde häufiger bei Erwachsenen als bei Kindern. In 8% der Fälle endete das Fieber in der 2., in 27% in der 3. und in 31% in der 4. Woche. Nur bei 94 Pat. überschritt die Temperatur 40°; von diesen Kranken starben insgesamt 9, von den übrigen nur 1; 3 Fälle mit einer Hyperpyrexie über 41° endeten

sämmtlich letal. Die Prognose war weniger günstig, wenn die Temperatur in der 2. Woche bis 40° stieg, als wenn sie darunter blieb, und noch ungünstiger, wenn 40° in der 3. und 4. Woche erreicht wurden. Die Mortalität bei Erwachsenen verhielt sich proportional der Pulsbeschleunigung in der 2. Fieberwoche: von 23 Kranken mit einem Pulse von über 120 starben 26%, von über 130 50%, über 140 75%. — Im Verlaufe des ganzen Krankenhausaufenthalts bestand bei 50% der Pat. Obstipation, bei 76% während der 1. Woche desselben. Roseolen wurden 88% konstatiert, sie waren häufiger bei Kindern als bei Erwachsenen nicht zugegen. Eine feste Beziehung zwischen ihrer Menge und der Schwere der Krankheit lag nicht vor, in 3 Fällen hatte das Exanthem petechialen Charakter. In 40% der Fälle war die Milz palpabel vergrößert, zumal bei Kindern. Bei 36 von den 183 Kranken trat ein Recidiv von sehr verschieden langer Dauer — bis zu 28 Tagen — ein, bei 3 Kranken 2 Rückfälle. Das längste fieberlose Intervall betrug 24 Tage. Stärkere Darmblutungen stellten sich in 5,5% oder bei 10 Fällen — 2 letal verlaufenen — ein, geringe bei weiteren 15. Erstere fielen nur 1 mal in die 2., 6 mal in die 3. und 3 mal in die 4. Krankheitswoche.

Periostitis gesellte sich bei 9 Kranken zwischen 2 und 25 Jahren und oft bis zum 17. Krankheitstage, vereinzelt bis zur 7. und 12. Woche hinzu; ferner seien von den häufiger beobachteten Komplikationen genannt Abscesse bei 8, Venenthrombosen bei 7, Schüttelfröste bei 8, Pleuritiden bei 4, vorübergehende Psychosen bei 5 Kranken; Ikterus war eine Spätkomplikation bei 2 kleinen Kindern, in einem Falle trat eine lokalisierte Peritonitis ein. Bronchitis war vielfach und oft in schwerer Form zugegen, gelegentlich Bronchopneumonien und Pneumonien.

Das Alter der 10 Verstorbenen lag zwischen 9. und 60. Jahre, der Eintritt des Todes zwischen 10. und 33. Krankheitstage.

F. Reiche (Hamburg).

29. Vaughan. Some remarks on typhoid fever among our soldiers during the late war with Spain.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. Juli.)

V. war nebst zwei Officieren der Armee der Vereinigten Staaten beauftragt worden, die Ursachen für die Verbreitung des Typhus in der mobilen Armee während des Krieges mit Spanien zu untersuchen.

Es ergab sich zunächst, dass der Typhus in der Armee viel häufiger vorkam, als man Anfangs angenommen hatte; denn viele Fälle, die in den Krankenrapporten als Malaria bezeichnet waren, erwiesen sich als Typhus. Auch schienen die Truppenärzte manchmal absichtlich eine andere Diagnose gestellt zu haben aus Scheu vor den Folgen, welche die einmal ausgesprochene Diagnose Typhus nach sich ziehen musste. Oft versteckte sich auch Typhus hinter einer anderen Bezeichnung: »gastrisches Fieber«, wenn der Truppen-

arzt ein Deutscher, »Manöverfieber«, wenn er ein Franzose war. Durch Blutuntersuchungen und Widal'sche Probe wurde die Diagnose gesichert.

Was den Ursprung der Krankheit betraf, so ergab sich, dass sie die Soldaten zum Theil schon aus ihren Heimattorten mit zur Truppe gebracht hatten, oder dass die Truppentheile, bevor sie in die Feldlager abrückten, an Orten gelegen hatten, wo Typhus herrschte.

Die größere oder geringere Verbreitung des Typhus in den Feldlagern hing nicht vom Trinkwasser, sondern ausschließlich von der mehr oder weniger zweckmäßigen Entfernung der Fäkalien ab. Von den 3 Divisionen des 1. Korps, welche hierfür jede eine andere Methode anwandten, blieb diejenige am meisten vom Typhus verschont, bei welcher die Fäkalien am sichersten desinficirt und aus dem Lager entfernt wurden. In einigen Feldlagern war so schlecht hierfür gesorgt, dass nicht nur der Boden, sondern auch die Kleider, die Zelte und fast alle Gegenstände mit Koth beschmutzt waren. In solchen Fällen war die ganze Truppe inficirt; Verlegung in ein anderes Quartier oder Versorgung mit anderem Trinkwasser half hier gar nichts, so lange nicht eine gründliche Desinfektion durchgeführt worden war.

Eine Seereise von einigen Tagen erwies sich bei einer leicht inficirten Truppe als günstig, blieb jedoch bei einer stark inficirten Truppe wirkungslos.

Um die Fäkalien wirksam zu sterilisiren, empfiehlt V. galvanisirte eiserne Tröge, die mit einer gesättigten Kalkmilchlösung zu füllen sein und täglich einmal mittels eines Exkavators entleert werden müssten. Für jede Kompagnie müsste ein Trog und für jede Brigade ein Exkavator beschafft werden.

Classen (Grube i/H.).

30. George P. Yule. Perforation in enteric fever with notes of ten cases.

(Edinb. med. journ. 1899. April.)

Die Zeichen der Perforation beim Abdominaltyphus entwickeln sich, wie Y. an einer Reihe von Fällen demonstrirt, oft nicht wie bei einer akut einsetzenden Peritonitis, sondern schleichend, wobei die konstitutionellen Symptome, vor Allem der Schmerz ganz in den Hintergrund treten. Zum Theil mag die fieberhafte Benommenheit des Sensoriums dieses bedingen. Den Eintritt des Darmdurchbruchs kennzeichnet oft ein akuter, stechender Schmerz, der nachher sich wieder verliert. Primärer Chok fehlt häufig. Singultus, Übelkeit und Erbrechen, oft frühe Symptome, können sich 8—12 Stunden verspäten, das Abdomen kann während der gleichen Zeit noch weich und druckunempfindlich, und Milz- und Leberdämpfung noch vorhanden sein, die Pulsveränderungen sind nur gering und das Allgemeinbefinden wenig alterirt. Erst nachher setzen dann die schweren peritonitischen Symptome ein. Mit Eintritt der Perforation steigt die

vorher fieberhafte Temperatur bisweilen noch beträchtlich an oder sinkt nach initialer Erhebung dauernd ab. In den mitgetheilten Fällen fehlten Schüttelfröste.

F. Reiche (Hamburg).

31. Orton. Ulceration of colon in typhoid fever.

(Brit. med. journ. 1899. Juli 15.)

Während des Verlaufes eines schweren Typhus zeigte sich bei einem 7jährigen Knaben eine erhebliche Schwellung und Röthung in der Umbilikalgegend, aus welcher mehrere Kubikcentimeter fötiden Eiters aspirirt wurden. Die Schwellung ging hiernach zurück, trat aber 2 Tage später in alter Stärke wieder auf und entleerte seitdem spontan reichliche Massen von stinkendem Pus, bis der Exitus durch Erschöpfung eintrat.

Bei der Sektion fand sich die Peritonealhöhle mit fötidem Eiter gefüllt. Im Colon, besonders im transversalen Theile, zeigten sich zahlreiche Perforationsstellen, von denen einige so groß waren, dass der Finger durchpassiren konnte. Im Dünndarme fand sich, obgleich derselbe stark entzündet und ulcerirt war, nur eine kleine Perforation.

Friedeberg (Magdeburg).

32. da Costa (Philadelphia). Anomalous eruptions in typhoid fever.

(Amer. journ. of the med. sciences 1899. Juli.)

da C. theilt einige Beobachtungen von Unterleibstypus mit, in welchen neben der gewöhnlichen Roseola theils ein scharlachartiges, theils ein masernartiges Exanthem auftrat.

Ersteres verbreitet sich über den ganzen Körper, jedoch in wechselnder Intensität, es verschwindet stellenweise und tritt wieder hervor. Es findet sich auch auf der Rachenschleimhaut und verursacht leichte Schluckbeschwerden. Es verschwindet ohne Abschilferung.

Das masernartige Exanthem ist von echten Masern nur dadurch unterschieden, dass die Flecke nicht hervorragen, sondern flach in der Haut liegen, und nicht halbmondförmig aussehen.

Schließlich wird auch ein Fall mitgetheilt, in welchem neben echten Roseolen nach einander ein masernartiges und ein scharlachartiges Exanthem auftrat.

Beide Formen des Exanthems haben keinen Einfluss auf den Gang der Temperatur, verschlimmern auch die Prognose nicht.

Classen (Grube i/H.).

33. Pratt. Secondary infection of the skin and subcutaneous tissues by the bacillus typhosus.

(Report of the Boston City Hospital Bd. X. Hft. 6.)

Sekundärinfektionen der Haut und des Unterhautzellgewebes durch Typhusbacillen pflegen ziemlich selten vorzukommen. P. behandelte zwei derartige Fälle; bei einem dieser Pat. entstand

ein Abscess am rechten Unterschenkel, bei dem anderen am rechten Ellbogen. Durch Kulturen wurde das Vorhandensein von Typhusbacillen im Abscesse festgestellt. Die Abscesse selbst traten akut auf und zeigten keine außergewöhnlichen Symptome; nach Incision erfolgte die Heilung schnell. Diese Abscesse kontrastiren außerordentlich in obigen Beziehungen mit posttyphösen Knochenläsionen, welche sich durch chronischen Verlauf und merkliche Tendenz zu Recidiven auszeichnen.

Friedeberg (Magdeburg).

34. Malenchini e Pieraccini (Florenz). Ascessi da bacillo dell' Eberth.

(Sperimentale 1899. Fasc. 1.)

Acht Tage nach der Lysis entwickelten sich bei einer jugendlichen Typhusrekonvalescentin subkutane Abscesse an 3 Stellen, an welchen während des Stadiums des kontinuierlichen Fiebers Koffeinjektionen gemacht worden waren. Die bakteriologische Untersuchung des durch Incision gewonnenen Eiters ergab mit Sicherheit Typhusbacillen.

Eine ähnliche Beobachtung wurde bei einer Pleuropneumonie gemacht, bei welcher nach Cocain- und Kampherinjektionen 2 subkutane, diplokokkenhaltige Abscesse auftraten. Einhorn (München).

35. H. Quincke. Über Spondylitis typhosa.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. IV. Hft. 2.)

Nach der Zusammenstellung Klein's wurde unter 144 Knochenkrankungen nach Typhus bisher nur 1 Fall von Spondylitis typhosa und zwar von Q. beobachtet: dieser und ein zweiter von Q. mitgetheilter Fall unterscheiden sich von der Mehrzahl anderer Spondylitisfälle durch die ungewöhnliche Stärke und Ausdehnung der spontanen örtlichen Schmerzen, durch die äußerlich wahrnehmbare Schwellung der Weichtheile, den akut fieberhaften Verlauf und das schnelle Zurückgehen der spinalen Symptome. Beide Pat. sind junge, etwas schwächliche Männer, die Typhuserkrankung in Fall I schwer einsetzend, von einem Recidiv gefolgt, in Fall II milder, aber lang hingezogen. Bei II tritt schon in der letzten Fieberwoche eine schnell zurückgehende Periostitis am Scheitelbeine auf, die Wirbelerkrankung zeigt sich hier zuerst 1 Woche nach der Entfieberung, mehrere Wochen nach Wiederaufnahme der Arbeit, bei I sind schon in der ersten fieberfreien Woche die Symptome der Spondylitis angedeutet, prägnanter treten sie erst 3 Wochen später hervor. In beiden Fällen betrifft die Erkrankung hauptsächlich die Lendenwirbel, und es tritt spontane Rückbildung ein. Einhorn (München).

36. G. Kobler. Die diagnostische Bedeutung der Epiglottisaffektion bei Abdominaltyphus.

(Wiener klin. Rundschau 1899. No. 17.)

K. macht auf Grund von 3 selbstbeobachteten Fällen auf die Wichtigkeit der systematischen Kehlkopfuntersuchung und des Befundes der charakteristischen Epiglottisaffektion für die Diagnose des Abdominaltyphus neuerdings aufmerksam.

In 2 Fällen konnte die Diagnose auf Grund des Befundes der charakteristischen Infiltration und Ulceration an der Epiglottis vor dem Auftreten anderer für Typhus sprechenden Symptome gemacht werden, in dem dritten, bei dem der durch den Fiebertypus begründete Verdacht des Bestehens einer Malaria durch den Nachweis von Plasmodien bestätigt wurde, wurde durch die laryngoskopische Untersuchung eine Kombination von Malaria mit Abdominaltyphus aufgedeckt. Der weitere Verlauf bestätigte die Diagnose.

Auch vom prognostischen Standpunkte ist die Beobachtung der Larynxaffektion zu verwerthen. So lange das Infiltrat der Epiglottis besteht, ist der ganze Typhusprocess noch in dem Blute, bildet er sich zurück, so kann man annehmen, dass auch die übrige Erkrankung im Rückgange begriffen ist.

Schließlich ist die Kenntnis des Zurückbleibens der Narben nach Typhusulcerationen im Larynx von Wichtigkeit, weil sie zur Verwechslung mit Narben nach anderen, namentlich syphilitischen Processen Veranlassung geben können.

Eisenmenger (Wien).

37. G. Monteux et A. Lop. Troubles de l'innervation du pneumogastrique dans la dothiéntenthérie.

(Revue de méd. 1898. p. 574.)

Störungen in der Innervation des Vagus im Verlaufe des Typhus sind selten. Die Verff. theilen 2 Fälle mit. In dem einen bekam die 28jährige Kranke in der 3. Woche an mehreren Tagen anfallsweise und ohne Fieber verlaufende Dyspnoëbeschwerden, an die einmal sich Erscheinungen von Lungenkongestion anschlossen, Tachykardie und lebhafte Druckempfindlichkeit der Vagi am Halse, ferner Meteorismus und häufiges Erbrechen. Lungenkomplikationen und Albuminurie fehlten. In dem 2. Falle trat am 16. Tage bei der 20jährigen Kranken andauernder Singultus und Erbrechen auf, zu denen sich am 2. Tage unter Fieberabfall intensive Dypnoë hinzugesellte und Tachykardie mit sehr schweren und fast letalen Störungen der Respiration und Herzthätigkeit, die durch Koffein, Ätherinjektionen und Strychnin so wie lokale Reize in der Nackengegend, der Herzregion und im Epigastrium überwunden wurden. Eiweiß war nicht im Urin; die Herzaktion stellte sich nur langsam wieder her.

F. Belche (Hamburg).

38. Alezais et François. La tension artérielle dans la fièvre typhoïde.

(Revue de méd. 1899. No 2.)

Die mit dem Verdin'schen Sphygmometer angestellten Blutdruckuntersuchungen bei einer großen Reihe von Typhen verschiedener Schwere ergaben, dass die arterielle Tension andauernd so erhebliche Schwankungen und so viel individuelle Verschiedenheiten aufweist, dass ihre Bedeutung eine untergeordnete ist und ganz hinter der zurücktritt, die der Frequenz des Pulses innewohnt. Ganz erhebliche Variationen können naturgemäß gelegentlich werthvolle diagnostische Fingerzeige sein, ein plötzliches Absinken z. B. auf ein Versagen des Herzens, auf eine eingetretene Darmblutung hinweisen, doch kann es sich dabei eben so nur um einen passageren und rasch wieder behobenen, ernsterer Bedeutung baren Zustand handeln.

F. Reiche (Hamburg).

39. J. Boden. Ein Fall von Meningitis serosa bei einem Abdominaltyphus, hervorgerufen durch Typhusbacillen.

(Zeitschrift für praktische Ärzte 1899. No. 8.)

Ein 14 jähriges Mädchen warunter schweren Cerebralerscheinungen ziemlich plötzlich erkrankt. Die Autopsie ergab einen frischen, schweren Abdominaltyphus am Ende der ersten Woche und eine Meningitis serosa, die sich bakteriologisch als durch Typhusbacillen hervorgerufen erwies. Von Meningitis typhosa sind bisher 5 Fälle in der Litteratur bekannt. Der vorliegende Fall dürfte geeignet erscheinen, auf die vielleicht allzu einseitig von den Toxinen beherrschte ätiologische Auffassung der schweren cerebralen Formen, der Initialdelirien und Psychosen des Typhus einiges Licht zu werfen.

Neubaur (Magdeburg).

40. Withington. Coincident malaria and typhoid infections.

(Report of the Boston City Hospital Bd. X. Hft. 10.)

Die Koincidenz von Malaria und Typhus bei derselben Person ist von verschiedenen Autoren bestritten worden, welche das Gesamtkrankheitsbild als Typho-Malariafieber auffassten, d. h. als Symptomenkomplex, der nur einer dieser Krankheiten, entweder der Malaria oder dem Typhus eigenthümlich sei. Verf. hatte Gelegenheit, im Hospitale 13 Fälle zu beobachten, bei denen beide Krankheiten gleichzeitig vorhanden waren; und zwar handelte es sich um Soldaten, welche die Krankheiten im Sommer 1898 während des Feldzuges in Kuba acquirirt hatten. Die Diagnose der Febris tertiana der ästivo-autumnalen Form der Malaria war durch Plasmodienbefund sichergestellt, während zugleich die Widal'sche Probe das Vorhandensein von Typhus ergab. Das Auftreten beider Krankheiten fand nur in einigen Fällen in gleich starker Weise statt; bei den meisten domirte eine derselben, während die andere nur leichtere Erscheinungen hervorbrachte. In manchen Fällen waren Anfangs

markante Malariasymptome vorhanden, dann traten diejenigen des Typhus in den Vordergrund, um schließlich den ersteren wieder Platz zu machen.

Friedeberg (Magdeburg).

Sitzungsberichte.

41. Berliner Verein für innere Medicin.

Sitzung vom 20. November 1899.

Vorsitzender: Herr v. Leyden; Schriftführer: Herr Fürbringer.

1) Herr Portner demonstriert 2 mit dem Piorkowski'schen Nährboden beschickte Platten, welche beide die charakteristischen, mit Ausläufern versehenen Kolonien zeigen, trotzdem es sich nur in dem einen Falle um Typhusbacillen handelt. Die Kolonien der 2. Platte enthalten Colibacillen und entstammen einem durch die Sektion bestätigten Falle von Sepsis puerperalis. In geringer Anzahl hat der Vortr. die ausgefaserten Kolonien auch bei anderen Erkrankungen gefunden, so dass er das Piorkowski'sche Verfahren nicht als ein diagnostisch genügend sicheres bezeichnen kann.

2) Herr Jacob: Klinische und experimentelle Erfahrungen mit der Duralinfusion.

Die Quincke'sche Lumbalpunktion hat als diagnostisches Verfahren eine große Bedeutung gewonnen, wenn auch die anfänglich darauf gesetzten Hoffnungen in therapeutischer Beziehung sich nicht verwirklicht haben. Eine therapeutische Verbesserung der Methode hat der Vortr. dadurch zu erreichen versucht, dass er die Duralinfusionen mit ihr in Verbindung brachte. Die Infusion therapeutischer Flüssigkeiten in den Duralsack reicht bis auf das Jahr 1866 zurück, wo v. Leyden in die Schädelhöhle von Hunden große Quantitäten von Eiweiß- und Kochsalzlösungen einbrachte und als Folgeerscheinungen Krämpfe, Bewusstseinsstörungen und Lähmungen beobachtete. Naunyn und Schreiber modifizierten diese Versuche in so fern, als sie Hunden die Wirbelsäule trepanirten und die Infusion dann ausführten; Pagenstecher in so fern, als er als Infusionsflüssigkeit ein Gemisch von Wachs und Talg injicirte, das nach der Einspritzung erstarrte; immer aber traten Symptome zu Tage, welche v. Bergmann zuerst als »Hirndrucksymptome« gedeutet hat.

J.'s Methode der Duralinfusion, die er zuerst an Hunden, Ziegen und Kaninchen erprobt hat, besteht nach vorgängiger Entleerung des Liquor cerebrospinalis in einer langsamen Injektion von medikamentösen Lösungen; die Injektion muss, um üble Zufälle zu vermeiden, so langsam geschehen, dass für 25 ccm Flüssigkeit 15 Minuten verwandt werden. Bei Innehaltung dieser Kautelen vertragen Thiere die Operation anstandslos.

Ehe der Vortr. die Methode an Menschen ausübte, galt es die Vorfrage zu entscheiden, ob überhaupt die Injektionsflüssigkeit in den Subarachnoidalraum gelangte und ob ihre Verweildauer im Rückenmarkskanal eine genügend lange sei. Zu diesem Zwecke benutzte er eine Farbstofflösung und konnte mit ihrer Hilfe diese Frage in bejahendem Sinne entscheiden.

Als geeignet zur Vornahme der Duralinfusion bezeichnet er erstens diejenigen Erkrankungen, bei denen es darauf ankommt, Medikamente möglichst schnell ins Centralnervensystem einzubringen, so vornehmlich Tetanus, Meningitis, Lues cerebri; ferner Neurosen ohne anatomischen Befund und endlich solche Allgemeinerkrankungen, bei denen es wünschenswerth ist, die sensiblen Funktionen auszuschalten. Unter den Krankheiten der 1. Gruppe erscheint besonders aussichtsreich der Tetanus, weil hier das Krankheitsgift hauptsächlich an das Centralnervensystem gebunden ist, und weil andererseits die gang- und gäbe Methode der subkutanen Applikation keine nennenswerthen Erfolge bislang erzielt hat. Die Erfolge der Duralinfusion bei Thieren mit experimentellem Tetanus waren keine günstigen,

dagegen gelang es durch sie eine Frau zu heilen, die an Tetanus puerperalis litt. Die Chancen dieses Falles standen von vorn herein außerordentlich ungünstig; einmal bietet der Tetanus puerperalis an und für sich eine sehr infauste Prognose; sodann aber war die Inkubationszeit des Falles eine sehr kurze gewesen und das Krankheitsbild ein ganz excessiv schweres. Schon nach der 2. Infusion trat eine sichtliche Besserung zu Tage, der eine völlige Heilung nachfolgte. Jedes Mal nach Vornahme der Infusion kam es zu einer starken Temperatursteigerung, die möglicherweise auf einer direkten Reizung des Wärmecentrums beruht. Von weiteren mittels der Duralinfusion behandelten Fällen sind zu nennen 1 Fall von Schuster, bei dem kein Erfolg zu Tage trat, 1 Fall von Schultze, bei dem nach der 2. Infusion eine Besserung erfolgte, 3 Fälle von Heubner ohne jeden Erfolg und einige Fälle von Sicaard und Martin mit günstigem Resultate. Alles in Allem erscheint die Frage noch nicht spruchreif; immerhin dürften weitere Versuche gerechtfertigt erscheinen.

In zweiter Reihe hat der Votr. versucht, seine Methode für die syphilitischen Erkrankungen des Centralnervensystems dienstbar zu machen. Durch Vorversuche an Hunden hat er sich überzeugt, dass nur sehr schwache Jodlösungen zur Verwendung kommen dürfen und bezeichnet es als wünschenswerth, nicht über eine Konzentration von 0,04% herauszugehen. Im Ganzen hat er 3 Fälle auf diese Weise behandelt. Im 1. Falle handelte es sich um eine Kranke mit syphilitischen Antecedentien, die 17 Tage im Koma in der Abtheilung lag; die Duralinfusion brachte eine Besserung zuwege, indessen war dieselbe nur von kurzer Dauer und konnte den tödlichen Ausgang nicht verhindern. Im 2. Falle bestanden Augenmuskellähmungen, Sprachstörungen und Schwäche der Beine und Arme, nach der Duralinfusion ging die Schwäche der Beine zurück, die übrigen Lähmungen wurden nicht beeinflusst. Im 3. Falle wurde die Duralinfusion mehrfach wiederholt; nach der 3. Infusion besserte sich die Lähmung der unteren Extremitäten ein wenig. Ein abschließendes Urtheil ist auf Grund dieser Ergebnisse noch nicht zu fällen.

Schließlich weist der Votr. auf Versuche von Bier hin, der Cocaininfusionen an 6 Kranken gemacht hat, um eine Analgesie der unteren Extremitäten zu erzeugen. In der That gelang es, die Beine bis zum Gürtel so anästhetisch zu machen, dass er die schmerzhaftesten Operationen an diesen Theilen anstandslos vornehmen konnte. Dasselbe Resultat erzielte er bei seinem Assistenten, während der Versuch bei ihm selbst misslang.

Herr Kohn hat im Jahre 1894 versucht, die tuberkulöse Meningitis durch Einbringung von Jodoformöl in den Duralsack zu beeinflussen, musste aber von diesem Versuche absteigen, da er die denkbar schlechtesten Resultate bekam. Die Berechtigung der Methode für syphilitische Fälle scheint ihm sehr fraglich, da man das Jod viel bequemer per os appliciren kann.

Herr A. Fränkel theilt kurz 1 Fall von Tetanus puerperalis mit tödlichem Ausgange mit. Zur Sache selbst bemerkt er, dass ihm der Erfolg der Duralinfusion bei entzündlichen Affektionen der Meningen von vorn herein sehr zweifelhaft erscheine; er hat früher bei Entzündungen einer anderen serösen Höhle, der Pleura, analoge Versuche angestellt, ohne eine Besserung dadurch ermöglicht zu haben.

Herr Goldscheider macht darauf aufmerksam, dass nach den Ausführungen des Votr. doch nur ganz minimale Quantitäten Jod in das Centralnervensystem mittels der Duralinfusion eingebracht werden können und giebt der Meinung Ausdruck, dass bei großen Gaben per os vielleicht eben so viel oder mehr Jod ins Gehirn und Rückenmark gelangen dürfte. Was die Cocaininfusionen anbelangt, so hat er vor vielen Jahren einen Fall von spastischer Paralyse damit behandelt, um die Spasmen zum Verschwinden zu bringen, allerdings ohne Erfolg.

Herr v. Leyden bemerkt zunächst, dass der Eingriff der Duralinfusion kein schwerer und die Technik der Methode keine sehr complicirte sei. Der Tetanus eignet sich für das Verfahren ganz besonders, weil das Tetanustoxin in erster Reihe die Nervenzelle schädigt und durch Einbringung des Antitoxins in den

Rückenmarkskanal am ehesten wieder unschädlich gemacht werden könne. In den Fällen freilich, wo auch das Blut noch wirksames Tetanustoxin enthalte, müsse nach seiner Meinung außer der subduralen Applikation des Antitoxins auch die subkutane angewandt werden.

Herr A. Fränkel glaubt, dass nach der Ehrlich'schen Theorie das Tetanustoxin noch im Blute kreist, während es im Centralnervensystem schon gebunden ist. Die Einbringung des Antitoxins ins Blut erscheint daher rationeller als die subdurale Applikation.

Herr Goldscheider erwidert, dass allerdings die Ehrlich'sche Theorie schwer vereinbar mit der duralen Infusion des Tetanusantitoxins sei. Denn nach Ehrlich werde das Toxin in den Nervenzellen verankert; diese Verankerung erzeugt neue Seitenketten, d. h. Antitoxin, die ins Blut abgegeben werden und das dort noch kreisende Toxin unschädlich machen. Theoretisch also erscheint es unlogisch, durch subdurale Einbringung des Antitoxins die Nervenzellen paralyisiren zu wollen, da sie dann der Eigenschaft, neues Antitoxin zu erzeugen, verlustig gehen.

Herr v. Leyden meint dem gegenüber, dass es beim Tetanus vor Allem darauf ankomme, die Nervenzellen zu retten. Denn nicht das mit Toxin beladene Blut, sondern die geschädigten Nervenzellen sind für den Organismus bedrohlich. Er wiederholt desswegen seinen oben gemachten Vorschlag, die subdurale mit der subkutanen Applikation von Antitoxin zu verbinden.

Herr Heubner hat Versuche mit der Duralinfusion bei Tetanus unter dem Eindrucke eines ihm von Roux vorgeführten Experimentes unternommen. Roux rettete ein mit Tetanus vergiftetes Meerschweinchen durch die intracerebrale Injektion von Antitoxin. Erfolge allerdings hat er keine gesehen. Er erwähnt noch, dass es einer neueren Mittheilung von Ehrlich zufolge möglich sei, den Nervenzellen das Toxin durch Antitoxin zu entreißen.

Herr Japha weist auf eine Mittheilung von Matsen hin, der bezüglich des Tetanolysins nachgewiesen hat, dass Giftbindung und Vergiftung der Zelle ganz verschiedene Vorgänge darstellen.

Herr Jakob sucht die gegen ihn erhobenen Einwürfe zurückzuweisen.

Freyhan (Berlin).

Sitzung vom 27. November 1899.

Vorsitzender: Herr Gerhardt; Schriftführer: Herr Fürbringer.

1) Herr v. Leyden berichtet über einen Krankheitsfall, der intra vitam schwer zu enträthselnde Symptome dargeboten hatte. Er betraf eine 29jährige Frau, bei der sich allmählich eine Anschwellung des Leibes und Urinbeschwerden eingestellt hatten; bei der Aufnahme fand sich ein beträchtlicher Ascites und hohes Fieber. Nach der Punktion fühlte man die Leber etwas verhärtet; Tumoren waren nicht nachzuweisen. Bei der Autopsie zeigte sich, dass eine eitrige Peritonitis vorgelegen hatte, deren Ursprung durch die bakteriologische Untersuchung aufgedeckt wurde; es gingen nämlich Reinkulturen von Gonokokken auf. Es ist dies der erste Fall von Peritonitis, bei dem ein gonorrhöischer Ursprung mit Sicherheit nachgewiesen werden konnte.

Herr Michaelis hat die bakteriologische Untersuchung des Falles ausgeführt und giebt an, dass er als Nährboden Ascitesflüssigkeit mit Agar und mit Bouillon verwandt hat. Die Kolonien konnten mit Sicherheit als Gonokokken identificirt werden.

2) Herr Piorkowski kommt auf die in voriger Sitzung von Herrn Portner veranstaltete Demonstration zurück und bestreitet energisch, dass die von einer Sepsis stammenden Kolonien irgend eine Ähnlichkeit mit seinen Typhuskolonien darböten. Letztere lassen nach 16–20 Stunden lange, spirillenartig angeordnete Fasern erkennen, die nach 24 Stunden auch auf der 2. und nach 48 Stunden auf der 3. Platte sichtbar werden. Er hält nach wie vor eine Verwechslung dieser charakteristischen Kolonien mit anderweitigen für ausgeschlossen.

Herr Schütze verfügt über 3 weitere Fälle, die nach dem Piorkowski'schen Verfahren untersucht worden sind und den Werth der Methode veranschaulichen. Besonders lehrreich ist der eine Fall, der bei seiner Aufnahme nur die Zeichen eines pleuritischen Exsudates darbot, während die Untersuchung nach Piorkowski einen Typhus aufdeckte, eine Diagnose, die durch den weiteren klinischen Verlauf, so wie durch die Autopsie bestätigt wurde.

Herr Japha glaubt die Ausfaserung der Kolonien durch die größere Beweglichkeit erklären zu können, welche die Typhusbacillen gegenüber den Colibakterien besitzen. Die Typhusbacillen besitzen nun aber je nach ihrer Virulenz eine verschieden starke Beweglichkeit, so dass man die Möglichkeit einer schwachen Ausfaserung für sie zugestehen muss.

Herr Portner erklärt die langen Ausläufer bei Typhuskolonien für Ausnahmen und bleibt dabei bestehen, dass die Differenzirung nach Piorkowski nicht immer möglich ist.

Herr Ewald hält die Differenzirung nach seinen Erfahrungen für absolut zuverlässig. Er fragt den Votr., weshalb sich die von ihm angegebenen Nährböden so leicht verflüssigen.

Herr Piorkowski erwidert, dass die Verflüssigung dadurch hintanzuhalten sei, dass man die Nährböden nicht länger als 40 Minuten im Dampfbade lässt und sie nicht stark alkalisch macht.

3) Herr A. Fränkel hat Gelegenheit gehabt, die Obduktion eines Asthmaticus zu machen und dabei dieselben Veränderungen gefunden, die er vor Jahresfrist an einem anderen, ebenfalls zur Obduktion gekommenen Falle der Gesellschaft demonstriert hat. Sämmtliche Bronchien fanden sich von Spiralen erfüllt; besonders auffallend war die Erweiterung der Bronchiolen und der excessiv starke Katarrh in denselben; auch sie waren voll von Spiralen. Die eigenthümliche Konfiguration der Spiralen wird durch den Expirationstrom bedingt; strittig ist es aber, welches Material für ihre Bildung verantwortlich zu machen ist. A. Schmidt hat die Färbung mit Dionin zur Entscheidung der Frage herangezogen, ob Fibrin oder Schleim das Konstituens der Spiralen darstelle, und sich für das Fibrin ausgesprochen; der Votr. selbst dagegen neigt mehr dazu, als Bildungsmaterial Schleim anzunehmen.

Herr v. Leyden betont, dass Schleim und Fibrin in enger Verwandtschaft mit einander stehen und dass von Asthmaticern sehr häufig Fibringerinnsel entleert werden.

4) Herr Boas: Erfahrungen über das Dickdarmcarcinom.

Die Kenntnis der Colonecarcinome ist seit einer Reihe von Jahren nicht wesentlich gefördert worden. Da dieser Gegenstand noch nicht in der Gesellschaft zur Diskussion gestanden hat, so hält es der Votr. für opportun, ihn hier zur Sprache zu bringen. Er stützt sich auf ein Material von 15 Fällen, von denen das Carcinom 6mal am Coecum, in je 3 Fällen an der Flexura coli sin. und der Flexura sigmoidea gefühlt wurde, während in 4 Fällen überhaupt kein deutlicher Tumor vorhanden war. In 12 Fällen hat eine operative Behandlung stattgefunden.

Im klinischen Bilde des Colonecarcinoms nehmen die subjektiven Klagen einen sehr hervorragenden Platz ein. Der Votr. unterscheidet hierbei 4 verschiedene Gruppen: in der ersten fehlen bestimmte Klagen und es treten nur Symptome allgemeiner Natur zu Tage, die gewöhnlich als neurasthenische gedeutet werden. Die Klagen der 2. Gruppe sind mehr lokalisiert und beziehen sich auf Störungen der Darmthätigkeit, ohne indessen etwas Charakteristisches zu haben. Die dritte Gruppe bietet plötzliche Störungen der Darmthätigkeit nebst Schmersparoxysmen mit Nausea und Erbrechen dar, bei der vierten endlich kommt es plötzlich zu einem Ileus, nachdem leichtere darmstenotische Erscheinungen schon mehrfach vorausgegangen sind.

Von den objektiven Symptomen besitzt das Vorhandensein eines Tumors große Wichtigkeit. Betont wird die leichte Verschieblichkeit der Dickdarmcarcinome, ein Symptom, das B. nur in Ausnahmefällen konstatiren konnte. Dagegen be-

stätigt er das relativ häufige, temporäre Verschwinden der Tumoren. Die diagnostische Abgrenzung der Geschwulst wird erleichtert durch Aufblähung des Darmes und durch die Untersuchung im warmen Vollbade. Sehr schwierig gestaltet sich ihre Differenzirung von gutartigen Tumoren, besonders chronischen Appendicitiden, und eben so gegen tuberkulöse Ileocecalgeschwülste. Hier kann vielleicht der Ausfall der Diazoreaktion einiges Licht verbreiten, die bei bösartigen Tumoren ausnahmslos ein negatives Resultat, bei tuberkulösen ein positives Resultat ergibt.

Nächst dem Tumor sind die Stenoseerscheinungen von pathognomonischer Bedeutung. Dieselben dokumentiren sich durch kolikartige Paroxysmen, Meteorismus und sichtbare Darmbewegungen. Den starken Paroxysmen pflegen schon längere Zeit prämonitorische Darmsteifungen kleiner Darmschlingen vorauszugehen, die sich unter Gargouillement zu entleeren pflegen. Eine wichtige Begleiterscheinung der Darmsteifung stellt das Erbrechen dar, das man wohl kennen muss, da es oft Anlass zu Verwechslungen mit Magenkrankheiten giebt. Angaben über das Erbrechen und über den Mageninhalt bei Darmcarcinomen stehen noch aus; er selbst hat meistens eine Intaktheit der sekretorischen und motorischen Funktionen konstatiren können. In 2 Fällen hat er eine Hämatemesis beobachtet, deren Provenienz er jedoch nicht auf den Magen zurückführt, sondern auf den Darm, in dem sich wahrscheinlich Dehnungsgeschwüre der Darmstenose etablirt hatten.

Die Stuhlentleerung ist sehr variabel; bald ist sie ganz normal, bald diarrhoisch, bald obstipirt; der sog. Stenosensstuhl hat jetzt sehr an Credit verloren, da er auch bei anderen Darmaffektionen gefunden wird. Blutbeimengungen finden sich sehr selten; von der höchsten Bedeutung dagegen sind blutig-jauchige Stühle; Geschwulstpartikel werden nur in Ausnahmefällen beobachtet.

Die Therapie der Krankheit bietet nur sehr wenig Lichtbilder. Die innere Behandlung muss sich darauf beschränken, die Ernährung zu heben und die Darmpassage im Gange zu halten. Letztere Indikation involviret das Verbot aller schalligen und schwer verdaulichen Nahrungsmittel. Abführmittel sind nur mit Maß zu gebrauchen und bei Darmsteifungen ganz zu verwerfen; hier ist Opium das beste Abführmittel. Unter seinen 12 operirten Fällen wurde 5mal die Resektion ausgeführt mit 3 Todesfällen, 4mal die Enterostomastomie mit 1 Todesfalle, während die anderen 6—8 Monate ohne erhebliche Vortheile am Leben blieben, 1mal die Laparotomie, 1mal die Enterostomie und 1mal ein Anus praeternaturalis. Diese Erfolge sind nicht ermutigend; der Vortr. glaubt aber, dass sie sich bei frühzeitiger Erkennung des Leidens und bei rechtzeitigen Eingriffen werden besser gestalten lassen.

Freyhan (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

42. H. Kehr. Anleitung zur Erlernung der Diagnostik der Gallensteinkrankheit.

Berlin, Fischer, 1899.

In 4 Vorträgen schildert K. auf Grund eigener, bei 433 Gallensteinoperationen gewonnener Erfahrungen in klarer Darstellung die Pathologie, specielle Diagnostik und Behandlung der einzelnen Formen der Gallensteinkrankheit, wie sie vorzüglich durch seine eigenen und Riedel's Arbeiten in den letzten Jahren ausgebildet wurden. Dem Praktiker ist die Lektüre dieser Vorträge auf das wärmste zu empfehlen; er wird sich an der Hand derselben leicht über die Umgestaltung unserer Vorstellungen über die Cholelithiasis orientiren können und nicht nur eine Anleitung für die Erlernung der speciellen Diagnostik, sondern auch einen zuverlässigen Wegweiser für die Behandlung der Gallensteinkrankheit und speciell für die Entscheidung der Frage: »Ob Karlsbad oder Operation« erhalten. Den für den chirurgischen Eingriff aufgestellten Indikationen glaubt sich Ref. durchaus anschließen zu dürfen.

Besonders hingewiesen sei noch auf den hohen Werth eines eingehenden Studiums der im zweiten Theile beigefügten 100 Krankengeschichten nebst deren Epikrisen.
Einhorn (München).

43. **Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser zu München.**
Im Verein mit den Ärzten dieser Anstalten herausgegeben von
Prof. Dr. v. Ziemssen.

München, J. F. Lehmann, 1899. Mit 17 Abbildungen im Texte.

Der 10. Band der Annalen der städtischen Krankenhäuser in München enthält außer den allgemeinen Berichten eine Anzahl, meist kleiner Abhandlungen aus den einzelnen Abtheilungen, von denen folgende, den medicinischen Kliniken entstammende, genannt sein mögen: Über den Einfluss heißer Bäder auf den Blutdruck von Konuyama, der eine drucksteigernde Wirkung der heißen Bäder zu ausgedehnterer therapeutischer Verwendung empfiehlt; über Polioencephalitis mit Ausgang in Porencephalie von Henkel, der den bisher bekannten, wenigen Fällen eine eigene Beobachtung zufügt, und cerebellare Ataxie nach Meningitis cerebrospinalis von v. Eschenbach, ein Fall, der durch seine Ätiologie von Interesse ist.
Markwald (Gießen).

44. **G. Maurange. La péritonite tuberculeuse.**

Encyclopédie scientifique des aide-mémoire.

Paris, Masson et Cie., 1899.

Nach einer klaren Darstellung des pathologisch-anatomischen Befundes bei den verschiedenen Formen der tuberkulösen Peritonitis wird der klinische Verlauf der Erkrankung beim Kinde und beim Erwachsenen eingehend geschildert und dann die Indikationen und Technik der Operation und die Wirkungsweise des chirurgischen Eingriffes auf den tuberkulösen Process besprochen.

Einhorn (München).

45. **J. Heimberger. Strafrecht und Medicin.**

München, 1899. 65 S.

H., Strafrechtlehrer in Straßburg, bespricht übersichtlich die in der letzten Zeit in Folge des bekannten Dresdener Processes besonders zahlreich publicirten Ansichten der Juristen über den rechtlichen Grund der Straflosigkeit des ärztlichen Eingriffes. Er begründet dann ausführlich seine eigene Meinung (sie schließt sich der auch in medicinischen Zeitschriften veröffentlichten von Stoops am meisten an), dass der ärztliche Eingriff nicht als Körperverletzung, d. i. als körperliche Misshandlung oder Gesundheitsschädigung im Sinne des Gesetzes aufzufassen sei. Dem gemäß darf er auch, wenn er gegen den Willen des Pat. unternommen wird, nicht als Körperverletzung beurtheilt werden; in diesem Falle fällt das Handeln des Arztes vielmehr unter den Begriff der Nöthigung oder der Freiheitsberaubung (die mit Gefängnis bzw. Geldstrafen geahndet werden). Als Folgerung dieser Auffassung ergibt sich weiter, dass der Eingriff an (schon vorher!) bewussten Pat. straffrei ist, dass die Operation jugendlicher etc. Personen ohne Einwilligung der Eltern etc. auch nicht als Körperverletzung, und nur dann, wenn gegen die betreffenden rechtlichen Gewalthaber Gewalt oder Drohung angewendet war, als Nöthigung strafbar ist.

Bei ungünstigem Ausgang der Operation erleidet diese Auffassung keine Änderung, nur wird Fahrlässigkeit in Frage kommen.

D. Gerhardt (Straßburg i/E.).

46. **R. Wehmer. Medicinal-Kalender für das Jahr 1900.**

Berlin, A. Hirschwald, 1900.

Mit dem vorliegenden Bande beginnt der W.'sche Medicinal-Kalender sein 2. Halbjahrhundert. Im 1. Theile zeigen besonders das Verzeichniss der Arzneimittel, das auf Grund der neuen Taxe vollständig umgearbeitet wurde, und das der Bade- und Kurorte und der verschiedenartigen Anstalten zeitgemäße Ver-

besserungen; der 2. Theil enthält wiederum das Personalienverzeichnis in der übersichtlichen Form nach Kreisen und Ortschaften und die wichtigsten neuen medicinalgesetzlichen Bestimmungen in den verschiedenen deutschen Staaten. Nach wie vor wird daher der so ganz den praktischen Bedürfnissen entsprechende W.'sche Kalender seine führende Rolle behaupten können.

Wenzel (Magdeburg).

Therapie.

47. H. E. Knopf. Sprachgymnastische Behandlung eines Falles von chronischer Bulbärparalyse.

(Therapeutische Monatshefte 1899. No. 2.)

Die sprachgymnastische Behandlung in dem eingehend mitgetheilten Falle bestand darin, dass der Pat. täglich eine halbe Stunde unter Anleitung des Arztes übte und in der Zwischenzeit das durchgenommene Pensum weiter einübte. Außer dem Gehör wurden das Gesicht und die taktile Sensibilität herangesogen, indem Pat. vor dem Spiegel nach dem Vorbilde des Arztes die physiologischen Artikulationen ausführen musste und die richtigen Stellungen im Ansatzrohre wenn thunlich zuerst mechanisch hergestellt oder die Aufmerksamkeit durch vorheriges Antippen auf die Partien hingelenkt wurde, welche in Aktion treten sollen. Als Hilfsmittel diente hierbei ein Apparat nach Art des Gutzmann'schen Hand-obturators. Wird damit das paretische Gaumensegel nach hinten und oben gedrängt, so verschwindet damit sofort die Rhinolalia aperta und durch konsequente Anwendung des Apparats erhält der weiche Gaumen einen Theil seiner normalen Beweglichkeit zurück. Nach 3monatlicher Übung war Pat. im Stande, langsam, aber durchaus verständlich, zu sprechen. Bei raschem Sprechen, bei Ermüdung, sei es bei der Übung oder aus anderen Gründen, z. B. durch schnelles Gehen, wurde die Sprache undeutlich, indem der Pat. verschiedene Artikulationsfehler machte und einzelne Laute ausließ. Trotz einiger Unvollkommenheiten war eine beträchtliche Sprachverbesserung erzielt neben einigen günstigen Nebenwirkungen: erheblichere Annäherung des Unterkiefers an den Oberkiefer, fast normale, horizontale Vorwärtsbewegung des ersteren, bessere Motilität von Lippen, Zunge und Gaumensegel, welche von günstigem Einflusse auf die Thätigkeit dieser Organe beim Essen und Schlucken war, und vor allen Dingen psychische Beeinflussung, da der Pat. seine Erkrankung nicht mehr als hoffnungslos fortschreitende auffasste. Günstig war in dem vorliegenden Falle, dass es nicht um ein ausgesprochen progressives Stadium sich handelte und dass der Pat. die Sprachübungen mit außerordentlicher Energie betrieb. — Ob die Übungstherapie bei der Bulbärparalyse den infausten pathologischen Vorgang aufzuhalten vermag, lässt Verf. dahingestellt. Jedenfalls berechtigt der Erfolg bei der sonstigen Machtlosigkeit der Therapie zu weiteren Versuchen.

v. Boltenstern (Bremen).

48. A. Koffmann. Zur Suspensionsbehandlung chronischer Nervenkrankheiten.

(Zeitschrift für diät. und physik. Therapie Bd. III. Hft. 5.)

Die Behandlung chronischer Rückenmarkskrankheiten, speciell der Tabes, mittels der zuerst von Motschukowski in die Heilkunde eingeführten Suspensionsmethode hat, was die Art und Konstruktion der verschiedenen dabei in Anwendung gelangenden Apparate betrifft, vielfachen Wechsel erfahren. Der Grund dafür ist neben der unbequemen Anwendung der ersten Apparate namentlich darin zu suchen, dass mehrfach in der Litteratur von ungünstigen Nebenwirkungen berichtet worden ist; dieselben bestanden in Unregelmäßigkeit der Herzkaction, Schwindelgefühl, Ohnmachten und Temperatursteigerungen.

Bei der Methode der Suspension, wie der Verf. sie seit 1892 an einer größeren Reihe von Rückenmarkskranken ausgeführt hat, sind üble Zustände niemals be-

Trainirungsvorschriften richtig sind, entsteht sich der Beurtheilung des Ref.; die hier citirten Theorien aber, eben so wie viele andere hier nicht besonders erwähnte, sind einfach blühender Unsinn.
Gumprecht (Jena).

36. G. A. Klein. Die Leistungen der Arbeiterversicherung des Deutschen Reiches.

Berlin, Asher, 1900. 20 S.

37. Bielefeldt. Die Heilbehandlung der gegen Unfall und Invalidität versicherten Arbeiter in Deutschland.

Berlin, Asher, 1900. 56 S.

Die beiden kleinen Schriften haben neben ihrer sozialen Bedeutung auch für die deutschen Ärzte Wichtigkeit. Sie sind für die Weltausstellung in Paris im Reichsversicherungsamte gearbeitet und enthalten u. A. die sehr instructive bildliche Darstellung von der Ausgestaltung der Arbeiterversicherung. Es sind bisher 2,4 Milliarden Gesamtentschädigungen an die Arbeiter gezahlt worden, eine Summe, die einem Goldobelisken von 7 qm Grundfläche und 15 m Höhe entspricht; davon haben die Arbeiter 48,3%, die Unternehmer 45,5%, das Reich 6,2% aufgebracht. Trotz der den Unternehmern erwachsenen Lasten sind die Lohn-, wie auch die Produktionsverhältnisse des Deutschen Reiches gestiegen. Die Versicherungsanstalten haben große Vermögen angehäuft und davon 134 Millionen bisher für gemeinnützige Zwecke (Wohnungsverbesserung, Volksbäder, Genesungshäuser, Lungenheilstätten etc.) angelegt.

Für die Heilbehandlung der Tuberkulösen haben die Versicherungsanstalten bisher 5 Millionen Mark aufgewendet; nach dem Abschlusse des ständigen Heilverfahrens waren von den Behandelten 68% als geheilt anzusehen. Von den während des Jahres 1897 in Behandlung Genommenen hielt der Heilerfolg bis zum Jahreschlusse an bei 61%, bis Ende 1898 bei 43%, bis Ende 1899 bei nur 30% der behandelten Personen. (Diese Zahl ist viel geringer, als man in den ersten Jahren annehmen zu dürfen hoffte; die Geringfügigkeit der Erfolge könnte wohl zu einer Einschränkung des Tuberkulose-Heilverfahrens führen. Ref.)

Ferner mussten während des 3. Jahres nach der Behandlung von je 100 Anfangs mit Erfolg behandelten Tuberkulösen schon 15 — gegenüber 70 erfolgreich behandelten sonstigen Kranken — Behufs Erhaltung der Erwerbsfähigkeit in wiederholte Heilbehandlung genommen werden. Immerhin können nach B.'s Ansicht auch die gegenwärtigen Erfolge noch als befriedigende bezeichnet werden, die die aufgewendeten Kosten rechtfertigen.

Gumprecht (Jena).

Therapie.

38. Dehler. Beitrag zur operativen Behandlung des Hydrocephalus chronicus ventriculorum.

(Festschrift zur Feier d. 50jähr. Bestehens d. phys.-med. Gesellschaft zu Würzburg.)
 Würzburg, C. Kabitzsch, 1899.

Das 1. Kind gesunder Eltern hatte sich bis zu seinem 8. Lebensmonate gut entwickelt, als es an einem plötzlich eintretenden, 36 Stunden dauernden Anfalle von Bewusstlosigkeit und Krämpfen und Temperaturerhöhung bis zu 43° schwer erkrankte. Von diesem Anfalle erholte sich zwar das Kind, doch nahm der Umfang des Kopfes unverhältnismäßig zu, es entwickelte sich Strabismus divergens alternans und Lähmung der beiden rechten Extremitäten. Von Schönborn wurde nach der Methode von Mikulicz die Operation des Hydrocephalus vorgenommen. Schon am 1. Tage nach der Operation konnte das Kind die Finger der rechten Hand bewegen, am 2. Tage nachher nahm der Strabismus ab, im weiteren Verlaufe nahmen die Lähmungserscheinungen noch mehr ab, der Strabismus verschwand fast völlig, später wurde die Drainage wiederholt mit deutlichem

Erfolge. Nach $3\frac{1}{2}$ Monaten relativem Wohlseins traten plötzlich heftige Zuckungen auf, Koma, Exitus. Die Sektion ergab, dass der Hydrocephalus nach einer akuten serösen Meningitis sich chronisch entwickelt hatte. **Selfert (Würzburg).**

39. Grober. Über die Wirksamkeit der Spinalpunktion und das Verhalten der Spinalflüssigkeit bei chronischem Hydrocephalus. (Aus der med. Klinik in Jena, Prof. Stintzing.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 8.)

Bei 2 Kindern mit Hydrocephalus chronicus hat Verf. eine Reihe von regelmäßig auf einander folgenden Lumbalpunktionen ausgeführt — in dem einen Falle 25, in dem anderen 12mal — und im ersten Heilung, im zweiten eine geringe Besserung erzielt. Der Eiweißgehalt der Flüssigkeit betrug in Fall I 0,12%, in Fall II 0,31%. In der häufigen Wiederholung der Punction sieht Verf. das für die Heilung des chronischen Hydrocephalus hauptsächlich in Betracht kommende Moment. **Markwald (Gießen).**

40. L. Vorstädter. Über einige neue Übungsarten zur präcisen und systematischen Bewegungstherapie der tabischen Koordinationsstörung.

(Zeitschrift für diätet. und physikal. Therapie Bd. III. Hft. 6.)

Man kann beim Gesamtbilde der tabischen Ataxie 3 verschiedene abnorme Bewegungsmomente unterscheiden: Die fehlerhafte Richtung der Bewegung, die falsche Geschwindigkeit der Bewegung und die abnorm gesteigerte Intensität derselben. Der Verf. hat auf Grundlage der Frenkel'schen kompensatorischen Übungen die Zusammenstellung eines besonderen Übungssystems vorgenommen und für jede einzelne Bewegungsabnormität eine entsprechende Übungskategorie aufgestellt:

I. Die Lenkübungen, welche zum Ordnen der abnormen Bewegungsrichtung bestimmt sind. Sie bestehen darin, dass der Kranke eingeübt wird, mit seinem ataktischen Fuße die Konturlinien vorgelegter Muster in vordiktirter Richtung ununterbrochen Schritt für Schritt zu verfolgen, wobei der Verf. durch eine Reihe sinnreich erdachter Apparate und Vorlagen diese Übungen bis in die feinsten Einzelheiten genau differenzirt.

II. Die Tempo- oder Zeitübungen, welche die abnorme Bewegungsgeschwindigkeit zu modificiren haben. Um dieses zu erreichen, hat Verf. eine besondere Präcision der Übungsformen mit gleichzeitiger Vervielfachung der Kombinationen vorgeschlagen, wodurch die psychische Thätigkeit der Kranken angeregt werden soll, da während der Übungen ununterbrochen der Sehsinn in Anspruch genommen wird. Der Hauptzweck besteht also darin, das Zeitverhältnis der Bewegung vom Willen des Kranken abhängig zu machen.

Als III. Form nennt der Verf. die Intensitätsübungen, die speciell den Muskelzug reguliren sollen. Der Kranke soll sitzend oder stehend mit seinem Fuße einen mit Theilungsestrichen und Zahlen versehenen Schnurgurt, welcher über eine Rolle läuft und an seinem anderen Ende mit einem Gewichte beschwert ist, gleichmäßig nach oben und unten führen und bei jedem diktirten Theilungsestrich anhalten.

Alle diese Übungen haben das Gemeinsame, dass sie einmal nur minimale Muskelanstrengungen verursachen, dann aber dank der zahlreichen Kombinationen während der Dauer der Sitzung den Kranken in hohem Grade fesseln. — Die Erfolge, die der Verf. mit seiner Übungstherapie erzielt haben will, sollen recht befriedigende sein. **H. Bosse (Riga).**

41. A. Hoffa (Würzburg). Die moderne Behandlung der Spondylitis.

(Prager med. Wochenschrift 1899. No. 31 u. 32.)

Nach einer Besprechung der Pathogenese der spondylitischen Verkrümmungen empfiehlt H. neben allgemein diätetischen Maßregeln, Leberthran, Kreosot, Schmier-

Reibungen, zunächst Entlastung der Wirbelsäule durch Kombination der Rückenlage mit Extension für die oberen Partien der Wirbelsäule, namentlich in Form des Stehbettes, welches gestattet, den Pat. auch an die frische Luft zu bringen. Für Erkrankungen der mittleren und unteren Wirbelsäulenpartie empfiehlt sich Kombination der Rückenlage mit Reklinationslage des Rumpfes, insbesondere in Form des Lorens'schen Reklinationsgipsbettes, oder des Calot'schen Mumienverbandes, welcher letzterer den Kopf mit in den Verband einbezieht. Sobald Konsolidierung der Wirbelsäule beginnt, wird die Horizontallage mit der aufrechten Haltung vertauscht und ein Sayre'sches oder Helsing'sches Stoffkorsett getragen und durch energische Hautpflege, Massage und Gymnastik die Muskulatur gekräftigt. So lernen die Pat. alsbald auch ohne Stützapparat sich aufrecht halten. Von größter Bedeutung für die Prognose ist der möglichst frühzeitige Beginn der Behandlung. Desswegen bespricht H. noch die Frühdiagnose der Affektion und betont insbesondere, wie verschiedenartige Formen die Initialschmerzen bei kleinen Kindern annehmen können (Gürtelschmerzen, Schmerzen in der Spitze des Penis und in der Blase). Ferner kommen in Betracht die eigenthümlich steife Haltung, welche die Kinder zur Fixierung der Wirbelsäule annehmen, und die Unbeweglichkeit der Dornfortsätze der erkrankten Wirbel beim Vorüberbeugen. Mitunter fehlen bei charakteristischer Haltung die Schmerzen.

Zum Nachweise der Überempfindlichkeit der Dornfortsätze empfiehlt sich Betupfen der Dornfortsätze mit einem in heißes Wasser getauchten Schwamm, oder Herabgleiten längs derselben mit einer weichen Elektrode (Anode). Gewaltsamere Proben sind zu vermeiden. Zur Behandlung der spondylitischen Abscesse empfiehlt sich Aspiration des Eiters, mit nachfolgender Injektion von Jodoformglycerin oder Kamphernaphtol, dagegen ist die operative Eröffnung nach Möglichkeit zu vermeiden. Zur Behandlung der spondylitischen Lähmungen kommt zunächst die permanente Extension, dann das an Stelle des Calot'schen Verfahrens allgemein angenommene etappenweise Korrigiren der Verkrümmung. Direkte operative Behandlung der Wirbeltuberkulose ist nur in den seltenen Fällen indicirt, wo trotz aller Behandlung die Lähmung andauert oder auf Blase und Mastdarm fortschreitet
Friedel Pick (Prag).

42. T. C. Bailton. Cases of peripheral neuritis following chorea treated with arsenic.

(Med. chronicle 1900. Februar.)

Unter 312 in 10 Jahren mit arseniger Säure behandelten Fällen von Chorea hat Verf. neben anderen leichteren Intoxikationserscheinungen 4 ausgesprochene toxische Neuritiden beobachtet. In 3—4 Wochen war unter der Behandlung die Chorea geheilt, ohne dass irgend welche warnende Symptome die Aussetzung des Mittels erforderten hätten. Verbraucht waren in 3 Wochen 0,41—0,53 (6,3—8,1 grains), in 4 Wochen 0,53—0,55 (8,1—8,4 grains) arseniger Säure. Einen Tag bis einige Wochen nach Beendigung der Kur brach unvermuthet die toxische Neuritis aus. Verf. plaidirt dafür, dass bei Kindern während eines Choreaanfalles nicht mehr als 0,26 (4 grains) insgesamt zur Verwendung kommen sollen.

v. Boltenstern (Bremen).

43. W. Müller. Über Sehnen-Muskelumpflanzung zur funktionellen Heilung veralteter peripherischer Nervenlähmungen.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XXXVIII. p. 433.)

Die fortschreitende Anerkennung, welcher sich das Nicoladoni'sche Operationsverfahren erfreut, veranlasste M., dasselbe auch in einem Falle veralteter Radialislähmung (durch Einbettung des Nerven in Callusmasse), in dem, wie die elektrische Untersuchung ergab, die entsprechenden Muskeln bereits völlig zu Grunde gegangen waren, anzuwenden. Es wurde die Sehne des Flexor carpi ulnaris quer durchtrennt und mit den peripheren Enden sämtlicher Fingerstrecksehnen (inkl. des Extensor carpi ulnaris) in Streckstellung vereinigt. 7 Monate

nach der Operation war der Kranke im Stande, die Hand bei gestreckten Fingern bis etwas über die Horizontalebene langsam und schnell zu erheben. Der Daumen konnte deutlich gestreckt, nicht aber abducirt werden. Bei jeder Streckbewegung wich die Hand ulnarwärts ab. Um diesen letzteren Übelstand zu beseitigen, wurde in einer 2. Operation die Sehne des Flexor carpi rad. longus seitlich angefrischt und mit den Sehnen des Abductor pollicis longus und Extensor carpi rad. longus vereinigt. Der Erfolg war unverkennbar: es konnte schließlich die zur Faust eingeschlagene Hand kräftig bis etwas über die Horizontale gestreckt werden. Daumen und Zeigefinger konnten sogar isolirt ein gutes Stück gestreckt werden, eben so die Hand ohne Finger.

Ad. Schmidt (Bonn).

44. H. Gessler. Eine neue Behandlung der Thomsen'schen Krankheit.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. LXVI.)

G. sieht die Thomsen'sche Krankheit an als eine vorwiegende Erkrankung der Muskelsubstanz (bzw. der motorischen Endplatte), die zu starker Muskelhypertrophie führt; die Therapie soll demgemäß eine Rückbildung der kongenitalen Muskelhypertrophie anstreben; dies lässt sich erreichen durch Schädigung der Nerven. An einem typischen Falle konnte G. zeigen, dass unblutige Dehnung der Ischiadici promptes Verschwinden der myotonischen Reaktion der entsprechenden Muskeln zur Folge hat, dasselbe wurde im Cruralgebiete beobachtet nach blutiger Dehnung des N. cruralis; beide Male kehrte die myotonische Reaktion nach ca. 5 Monaten wieder; die Ischiadicusdehnung war ohne Erfolg auf Gebrauchsfähigkeit der Beine, auf die Cruralisdehnung hin hörten die Hemmungen im Beine auf, sie stellten sich erst nach 4 Monaten wieder ein. Verf. glaubt, dass sich durch ausgiebigere Läsion der Nerven (Quetschung) noch bessere Resultate werden erzielen lassen.

D. Gerhardt (Straßburg i/E.).

45. G. Leubuscher. Beiträge zur Kenntnis und der Behandlung der Epilepsie.

(Separatabdruck aus Monatsschrift für Psychiatrie u. Neurologie 1899. p. 335.)

L. hat seine vor mehreren Jahren mit Ziehen bei Geisteskranken angestellten Untersuchungen der Magenverdauung, insbesondere der Salzsäuresekretion, auch auf Epileptiker ausgedehnt; in der Mehrzahl der Fälle konnte er nach dem Anfall eine Steigerung der Salzsäuresekretion konstatiren, die bisweilen das Doppelte der vorher ausgeschiedenen Quantität erreicht; zuweilen überdauert die Zeit der gesteigerten HCl-Sekretion den Anfall um 24–36 Stunden. Die 2. Frage, den Einfluss der Opium- und der Brombehandlung auf die Magenverdauung anlangend, so konnte Verf. hinsichtlich der Opiumbehandlung keinen irgendwie nennenswerthen Einfluss auf die HCl-Sekretion konstatiren, bei längerer Brombehandlung fand sich jedoch Vermehrung des Schleimes im Ausgeheberten zugleich mit einer geringeren HCl-Menge als vordem. L. geht dann auf die bisherigen Erfolge der Opium-Brombehandlung nach Flechsig über und empfiehlt schließlich statt des bisher allgemein in Anwendung gesogenen Bromkali das von Merck dargestellte Bromipin, eine 10%ige Verbindung des Broms mit Sesamöl, 5–8 Theelöffel pro die; das Mittel wurde gern genommen, die Wirkung war eine durchaus zufriedenstellende, unangenehme Nebenwirkungen fehlten völlig. Akne trat niemals, auch nach monatelangem Gebrauche des Mittels nicht, auf, eben so wenig Magen-Darmerkrankungen oder andere Erscheinungen des Bromismus. Das Mittel ist nach L. als eine werthvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes zu bezeichnen.

Wenzel (Magdeburg).

46. Kothe. Zur Behandlung der Epilepsie.

(Sonderabdruck aus Neurologisches Centralblatt 1900. No. 6.)

Jeden Epilepsiefall, gleichgültig ob frisch oder veraltet, ob leicht oder schwer erscheinend, behandelt K. von vorn herein mit einer mehrwöchentlichen Bettruhe, welche nur 1-, höchstens 2mal wöchentlich durch ein kurzdauerndes lauwarmes

ad unterbrochen werden darf; dabei strenges hygienisch-diätetisches Regime. Von Medikamenten wird zuerst Abstand genommen, erst nach Ablauf mehrerer Wochen, am passendsten im Anschlusse an einen Anfall und unter mindestens wöchentlicher Fortdauer der Bettruhe setzt Verf. mit einer Brom- bezw. Bromipinbehandlung ein; er beginnt mit 15 g Bromipin, sumeist rectal injicirt, und steigt innerhalb 6—7 Wochen auf 30, selbst 40 g, aber immer nur bis zu jener Dosis, welche genügt, um die Konvulsionen und etwaige psychische Äquivalente zum Verschwinden zu bringen. 2—3 Wochen bleibt die Dosis dann konstant auf dieser Höhe, um dann in den nächsten 6—7 Wochen auf 15 g wieder abzufallen. Dieser ungefähr vierteljährliche Turnus wird je nach dem Falle verschieden oft wiederholt, aber ohne die einleitende mehrwöchige Bettruhe. — K. hat auf diese Weise Erfolge erzielt, wie nie zuvor; der Hauptwerth jeder Epilepsiebehandlung liegt seines Erachtens in der ganzen strengen Methode und in der genügend langen Dauer der Behandlung; Verf. warnt ausdrücklich vor den sog. Saison- oder Sechswochenkuren, deren vorübergehender Erfolg meist in keinem Verhältnisse zu den aufgewendeten Kosten steht. Wenzel (Magdeburg).

47. N. Cullinan. Bromide of strontium in the treatment of epilepsy.

(Lancet 1899. Oktober 7.)

C. empfiehlt gegen genuine Epilepsie neben allgemeinen diätetischen und hygienischen Maßnahmen besonders Strontiumbromid, das den Magen nicht irritirt, das Sensorium nicht beeinflusst und keine Anämie bedingt, vor Allem aber durch kräftigere Aktion den Vorzug vor den übrigen Bromsalzen verdient. Seine Wirksamkeit lässt sich zeitweise durch Zusatz von Borax erhöhen.

F. Reiche (Hamburg).

48. Kétly (Budapest). Ein durch Operation geheilter Fall von Jackson'scher Epilepsie.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. V. Hft. 3 u. 4.)

Seit 10 Monaten bestehen im Anschlusse an einen ausgesprochenen epileptischen Anfall typische, nur auf den rechten paretischen Arm sich beschränkende tonisch-klonische Krämpfe, die sich manchmal auf den rechten, paretischen Facialis ausbreiten. Interessant ist, dass der Pat. an einer circumscribten Stelle des Schädels, die dem mittleren Drittel des Gyrus centralis genau entspricht, Druckempfindlichkeit und stärkere Schmerzen aufweist.

Über die Natur des Herdes und seine Entstehung bieten Anamnese und Befund nicht den geringsten Anhaltspunkt.

Nach der Operation allmähliche, stufenweise Besserung; nach 8 Monaten sistiren die Anfälle vollständig und sind 1½ Jahre nach der Operation noch nicht wiedergekehrt. Tod an interkurrenter Erkrankung.

Die mikroskopische Untersuchung des bei der Operation entfernten Gehirnstückes ergiebt eine Encephalomalacia punotiformis rubra.

Ein Überblick über 37 bisher operirte Fälle beweist, dass die bisherigen Operationserfolge durchaus keine glänzenden sind; nur in 23 Fällen wurde ein Heilerfolg erzielt, und nur in 3 Fällen ist nach der Operation eine Beobachtungszeit verflossen, die lange genug ist, um einen Rückfall ausschließen zu können.

Einhorn (München).

49. G. Reinbach. Über die Erfolge der operativen Therapie bei Basedow'scher Krankheit mit besonderer Rücksicht auf die Dauererfolge.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. VI. Hft. 1 u. 2.)

Das Material, über welches R. eingehend berichtet, besteht aus 18 von v. Mikulicz operirten diagnostisch einwandfreien, meist schweren Fällen von Morbus Basedowii. Hinsichtlich des Erfolges werden dieselben folgendermaßen eingetheilt:

A. Vollständiger Erfolg. Beobachtung abgeschlossen; $4\frac{1}{4}$ —9 Jahre nach der Operation. 9 Fälle.

B. Vollständiger Erfolg. Beobachtung noch nicht ganz abgeschlossen; 1 bis $1\frac{1}{2}$ Jahr nach der Operation. 3 Fälle.

C. Wesentlich gebesserter Fall mit unbekanntem Endresultate.

D. Wesentlich gebesserte, noch in Beobachtung befindliche Fälle; 1—3 Monate bis 1 Jahr nach der Operation. 3 Fälle.

E. Misserfolge. 1 Fall von ungenügendem Erfolge, 1 Fall von unglücklichem Ausgange der Operation.

An diesen 18 Pat. sind 21 Operationen ausgeführt worden und zwar 16 Operationen am Kropfe selbst und 5 Unterbindungen der Art. thyroideae. Von den ersteren verliefen, was die direkte Operationsgefahr anlangt, alle glücklich gegenüber einer Mortalität von 13,6% der Rehn'schen Statistik. Von den Unterbindungen ist eine unglücklich verlaufen (Mortalität nach Rehn 28,6%). Trotz dieser durchaus befriedigenden Resultate muss ausdrücklich betont werden, dass die operativen Eingriffe am Kropfe bei Basedow'scher Krankheit als durchaus ernste zu bezeichnen sind (akute Resorption des aus der Drüsenwunde austretenden Kropfsaftes, Schwierigkeit der Blutstillung).

Der Einwand der Operationsgegner, dass der chirurgische Eingriff lediglich durch die Beseitigung der Kompressionserscheinungen von Larynx und Trachea wirkt, wird dadurch widerlegt, dass bei der Hälfte der Kranken, welche zum großen Theile vollständig geheilt wurden, überhaupt keine klinischen Symptome einer Stenosirung nachweisbar waren. Die Beeinflussung der Krankheitssymptome durch die Operation wird eingehend erörtert; zuerst geht die Pulsfrequenz zurück, dann verschwindet das Herzklopfen, und das Allgemeinbefinden bessert sich, insbesondere tritt als wesentlichster und konstantester der unmittelbaren Erfolge der Operation eine ganz eklatante Veränderung des psychischen Verhaltens ein. Dann tritt ein 2. Stadium ein, welches sich auf Monate, sogar auf Jahre erstrecken kann, in welchem eine allmähliche, aber stetig fortschreitende Besserung des Krankheitszustandes erfolgt. Nur in einem einzigen Falle war nach vorübergehender Besserung ein echtes schweres Recidiv zu verzeichnen.

Wir kennen bisher keine für den Basedow-Kropf spezifische, konstant vorkommende pathologisch-anatomische Veränderung.

Angesichts der unzweifelhaft vorhandenen, mitunter sogar glänzenden Resultate der internen Therapie bei diesem Leiden ist durchaus in jedem Falle der Versuch einer nicht operativen Behandlung berechtigt. Bei Misslingen derselben ist die Operation zu empfehlen. »Den Zeitpunkt der Operation festzustellen, ist Aufgabe des Internen«: »sociale« Indikation, bei fortschreitender Verschlimmerung ist der Zeitpunkt nicht zu versäumen, in welchem die Operation noch günstige Aussichten bietet; Erfahrung und technisches Können des Operateurs sind von wesentlicher Bedeutung.

Einhorn (München).

50. Dukes. The restlessness of old age and its treatment.

(Brit. med. journ. 1899. December 2.)

Gegen Schlaflosigkeit alter Leute, so weit dieselbe auf Arteriosklerose basiert, empfiehlt Autor abendliche, kleine Dosen Nitroglycerin, und wenn längerer Gebrauch nöthig, Erythrotetranitrat. Narkotica und Digitalis haben auf die Dauer keinen wesentlichen Erfolg; Quecksilberpräparate wirken wohl Anfangs gut, können aber wegen Auftreten von starkem Schweiß und von Salivation nur kurze Zeit verabreicht werden.

Friedeberg (Magdeburg).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur Prof. Dr. H. Unverricht in Magdeburg-Sudenburg (Leipzigerstr. 44), oder an die Verlagshandlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für INNERE MEDICIN

herausgegeben von

ins, Gerhardt, v. Leube, v. Leyden, v. Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Ionn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,
redigirt von H. Unverricht in Magdeburg.

~~~~~  
Einundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger  
Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 25.                      Sonntabend, den 23. Juni.                      1900.

**Inhalt:** 1. Croner, 2. Hemmeter, 3. Melchior jr., 4. Grön, 5. Cohnheim, 6. Bernard, Magencarcinom. — 7. Strauss, Eiter im Magen. — 8. Finlayson, Magensarkom. — 9. Thomson, Durchbruch eines Magengeschwürs. — 10. Einhorn, Magenerosionen. — 11. Sansoni, 12. Vittorio, Gastritis ulcerosa. — 13. Reichardt, Parenchymatöse Magen-  
plutung. — 14. Cohnheim, Gastrektasie nach Traumen. — 15. Guillemot, Sanduhrform  
des Magens. — 16. van Leersum und Rotgans, Magenexstirpation.  
17. Chvostek, 18. Bonardi, Akromegalie. — 19. Chapman, 20. Sanesi, Myxödem. —  
21. Allan, Morbus Basedow. — 22. Sachs und Wiener, 23. Personall, Erythromelalgie.  
24. Grassmann, Claudication intermittente. — 25. Lapinsky, Gefäßdegeneration bei  
Läsion des N. sympathicus. — 26. Floresce, Durchschneidung des Hals-sympathicus und  
Wachsthum. — 27. Saalfeld, Alopecia praematura. — 28. Hunter, 29. Marr, Progressive  
Paralyse. — 30. Strauss, 31. Kral, Idiotie. — 32. Pilcz, Blutdruckmessungen bei Geistes-  
kranken. — 33. Helm, Temperaturmessungen bei Geisteskranken. — 34. Marguillès,  
Pseudodipsomanie.

**Berichte:** 35. Berliner Verein für innere Medicin.

**Bücher-Anzeigen:** 36. Henschen, Mittheilungen aus der med. Klinik zu Upsala.  
— 37. Claude, Krebs und Tuberkulose. — 38. v. Fetzner, Lungentuberkulose und Heil-  
stättenbehandlung. — 39. Gräupner, Bäderkuren in Bad Nauheim bei Herzkranken. —  
40. Roger und Josué, Das Knochenmark. — 41. Albrecht, Vorträge der Biologie. —  
42. v. Netthafft, Taschenbuch der Untersuchungsmethoden.

**Therapie:** 43. Richter, 44. Fürst, 45. Schwarz, Behandlung des Magengeschwürs.  
— 46. Frank, Operative Behandlung der Bauchfelltuberkulose. — 47. Herzfeld, 48. Tietze,  
49. Goldscheider, Behandlung der Peritonitis. — 50. Schrelber, 51. Zeldler, Behandlung  
des Ileus. — 52. Jacobi, Griffith, Holt, Fischer, Graham, Behandlung der Kinderdiarrhoe.  
— 53. Kolly, Ichthalbin bei Darmkrankheiten.

## 1. W. Croner. Die Frühdiagnose des Magencarcinoms und ihre Bedeutung für die Therapie.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. V. Hft. 3.)

C. stellt seine an der medicinischen Poliklinik zu Berlin ge-  
sammelten Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammen:

1) Ein spezifisches Zeichen für Magenkrebs besitzen wir nicht;  
wir sind bei der Untersuchung auf die Kombination einer Reihe  
von Symptomen angewiesen.

2) Das Fehlen der freien Salzsäure sowohl, als das Vorhanden-  
sein der Milchsäure sind keine spezifischen Merkmale. Trotzdem soll

nicht verkannt werden, dass die letztere zumeist bei Magencarcinom vorkommt. Zur Frühdiagnose genügt die Milchsäurereaktion allein nicht.

3) Die mikroskopische Untersuchung des Magensaftes giebt keinen wesentlichen Aufschluss. Die fadenförmigen Bakterien gehören zur Milchsäure. Sarcine kommt meist bei salzsäurehaltigem Magensaft vor, sowohl bei gutartigen, als bei bösartigen Erkrankungen.

4) Motilitätsstörung findet sich frühzeitig bei Carcinomen, welche ihren Sitz am Pylorus haben.

5) Das einzige Heilmittel ist die Totalexstirpation. Dieselbe muss vorgeschlagen werden, wenn ein in der Gegend des Pylorus sitzender frei beweglicher Tumor angenommen wird und keine Metastasen vermuthet werden. Ohne fühlbaren Tumor ist eine Probeincision nur in wenigen Ausnahmefällen gestattet.

6) Von der beabsichtigten Pylorusresektion ist abzusehen, wenn sich die Geschwulst nach Eröffnung der Bauchhöhle als zu groß oder als zu adhärent erweist, oder wenn Metastasen gefunden werden. In solchen Fällen ist die Gastroenterostomie sofort anzuschließen.

7) Außerdem ist die Gastroenterostomie nur bei Vorhandensein erheblicher Stagnationsstörungen zu empfehlen.

Einhorn (München).

## 2. J. C. Hemmeter. The early diagnosis of cancer of the stomach.

(Med. record 1899. Oktober 21.)

Nach der Meinung des Verf. giebt es nur 2 Methoden, welche eine wirkliche Frühdiagnose des Magenkrebses ermöglichen.

Die eine ist die Probepylorotomie, welche in allen Fällen ausgeführt werden soll, in welchen eine Magenkrankung verbunden ist mit raschem Kräfteverfall, Abwesenheit von freier Salzsäure, Herabsetzung der Proteidverdauung unter 30% und Gegenwart von Milchsäure oder zahlreichen Oppler-Boas'schen Bacillen.

Die andere ist die vom Verf. empfohlene »Curettirung« der Magenschleimhaut und der Befund von Tumorphenomenen oder wenigstens von karyokinetischen Vorgängen in den durch das Verfahren gewonnenen Zellgruppen.

Die Curettirung wird ausgeführt durch Hin- und Herbewegung eines weichen Magenschlauches mit einer lateralen und einer endständigen Öffnung.

Die Procedur soll am Morgen vor dem Frühstück bei leerem Magen ausgeführt werden und soll, von geübten Händen ausgeführt, ganz gefahrlos sein. Wenigstens hat H. in 48 Fällen von Magencarcinom nicht die geringsten üblen Folgen von ihr gesehen.

Eisenmenger (Wien).

**F. A. Melchior jr. Over carcinoma ventriculi.**

Diss., Amsterdam, 1899.

Aus der Fülle wichtiger Einzelheiten, die in dieser 130 Seiten starken, mit 123 Litteraturangaben illustrierten gediegenen Arbeit vorkommen, sei erwähnt, dass die Magendurchleuchtung in der Pelschen Klinik nicht nur keinen wesentlichen Nutzen für die frühzeitige Diagnose des Leidens geliefert hat, sondern die Pat. nicht selten schädigte (p. 72), dass die Palpation vorläufig noch immer als das wichtigste diagnostische Hilfsmittel betrachtet wird, wenn auch zugegeben werden muss, dass durch andere Affektionen ein Magencarcinom vorgetäuscht werden kann, und dass von 128 eigenen Fällen in 71 absolut kein palpabler Tumor gefunden wurde, nur in 57 (also 47%) mit Sicherheit ein Tumor vorhanden war. Die HCl-Reaktionen waren in 84% der untersuchten Fälle negativ, die Milchsäurereaktion nach Uffelmann hatte auch in der großen Mehrzahl positiven Erfolg.

In denjenigen Fällen, in welchen mit den gewöhnlichen diagnostischen Hilfsmitteln höchstens die Vermuthung aufgestellt werden kann, dass ein Magencarcinom vorliegt, wird vom Verf. eine Probelaparotomie befürwortet; jede Pylorusstenose mit Gastrektasie stellt ebenfalls eine Indikation für die Operation dar.

Die übrigen Auseinandersetzungen über die stetige Zunahme der Frequenz, über die Heredität und sonstigen ätiologischen Momente, über die nach Verf. sehr geringe desinficirende Kraft der Salzsäure etc. sind im Originale nachzulesen. **Zeehuisen (Utrecht).**

**4. Grøn. Coma ved cancer ventriculi.**

(Norsk. mag. for. Lægevid. 1899. No. 9.)

Der Verf. beschreibt den Fall einer 53jährigen Frau, welche unter der Diagnose Hysterie aufgenommen wurde, binnen 24 Stunden einem schweren Koma erlag und deren Obduktion als einzigen Befund ein kleines Magencarcinom ergab. **F. Jessen (Hamburg).**

**5. Cohnheim. Zur klinisch-mikroskopischen Diagnostik der nichtpylorischen Magencarcinome, mit Bemerkungen über das Vorkommen von Protozoën im Inhalte des carcinoma-tösen Magens.**

(Festschrift für Julius Lazarus. 1. April 1899.)

Die Symptome eines nichtpylorischen Magencarcinoms können theils beweisend, theils sehr bedeutungsvoll für die Diagnose sein. Zu den beweisenden Symptomen rechnet C. das Vorkommen kleiner Krebsgeschwulstpartikelchen bei der Sondirung des Magens, zu den bedeutungsvollen die Entwicklung von Amöben und Flagellaten in

den Buchten und Taschen der Magenwände und das konstante Vorkommen von Eitermengen im fötid oder nichtfötid riechenden Mageninhalt, wenn letzterer Schleim enthält. Seifert (Würzburg).

## 6. H. Bernard. Un cas de cancer de l'estomac avec abcès préstomacal.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. No. 64.)

Im vorliegenden Falle handelt es sich um ein Magencarcinom, complicirt durch peritonealen Abscess und Phlegmone der vorderen Bauchwand. Interessant sind 2 Punkte. Einmal fehlte jede Temperatursteigerung. In keinem Stadium der Krankheit überschritt die Körpertemperatur 37,5°. Die Phlegmone entwickelte sich eben im Anschlusse an einen kalten Abscess von langer Dauer und ohne lokale Reaktion. Ferner heilte der parietale Abscess völlig aus, eine sekundäre Magenperforation trat nicht ein, wahrscheinlich in Folge der chirurgischen Intervention, welche eine Antisepsis der Abscesshöhle gestattete und damit günstige Bedingungen für die Narbenbildung schuf.

v. Boltenstern (Bremen).

## 7. Strauss. Über Eiter im Magen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 40.)

Diesen überaus seltenen Befund machte S. bei einem Pat., welcher seit 3 Monaten über Magenbeschwerden klagte, die hauptsächlich in ruckweise auftretenden Magenschmerzen und häufigem Aufstoßen bestanden, Appetit und Stuhlgang waren ungestört. 8 Tage vor der Aufnahme in das Krankenhaus war zum ersten Male Erbrechen aufgetreten, welches auch etwas Blut zu Tage gefördert hatte. In den letzten Monaten war Pat. sehr abgemagert und sehr blass geworden. Bei der Untersuchung fand sich in der Regio hypochondriaca sin. eine sichtbare leichte Vorwölbung, welche sich bei Palpation als eine diffuse Resistenz von unebener, leicht höckeriger Oberfläche mit gedämpftem Schalle und Druckschmerz darstellte. Ihre Form glich der Magenfigur. Im Übrigen wies der Pat. keine Organveränderungen auf. Im Urin weder Eiweiß noch Zucker, dagegen Albumosen. Bei der Ausheberung des nüchternen Magens wurden 30 ccm reinen Eiters ohne Blut gewonnen, worin sich mikroskopisch ganze und zerfallene Eiterkörperchen und vereinzelte lange Bacillen fanden. Die Resistenz nahm allmählich an Größe zu. Das Körpergewicht sank immer mehr, im Urin zeigten sich große Indicanmengen, später traten auch Durchfälle, Fieber und Ödeme auf, und Pat. kam ad exitum. Bei der Obduktion zeigten sich die Bauchdecken mit Magen und Leber verklebt, nach deren Lösung man in eine faustgroße Eiterhöhle gelangt. Der Magen weist einen großen Tumor im Fundustheile auf, ein ulcerirtes Blumenkohlgewächs vorwiegend an der kleinen Curvatur, von wo ein dünner Fistelgang in die erwähnte Eiterhöhle geht. S. weist darauf hin, dass der Befund

Ein Eiter ein erwünschtes diagnostisches Hilfsmittel bei Fällen von Magencarcinom sei, welche, wie dieser, ohne motorische Insufficienz verlaufen, und rath daher in verdächtigen Fällen zur Untersuchung des Magens in nüchternem Zustande. Es empfiehlt sich dabei, nach Einführung des Magenschlauches mit diesem einige schabende Bewegungen auszuführen (»Schabeversuch«) und gleich darauf etwas Wasser einzugießen, um so die Vulnerabilität der Magenschleimhaut zu prüfen; bei Achylia gastrica hat er auf diese Weise nie Blut- oder Gewebspartikelchen erlangt, bei Carcinose jedoch oft.

Poolchau (Charlottenburg).

**Finlayson.** Case of sarcoma of the stomach in a child aged  $3\frac{1}{2}$  years.

(Brit. med. journ. 1899. December 2.)

Bei einem  $3\frac{1}{2}$  Jahre alten Kinde, das an periodischem Erbrechen und erheblicher Anämie litt, trat unter zunehmender Schwäche nach  $\frac{1}{2}$  monatlicher Hospitalbehandlung Exitus ein. Bei der Sektion fand sich an der hinteren Magenwand ein fester Tumor, welcher 1,8 cm dick und ca. 3 cm lang war. Seine Breite schwankte zwischen 2,5 und 4,5 cm. Zahlreiche Mesenterialdrüsen zeigten sich geschwollen. Bei der mikroskopischen Untersuchung erwies sich der Tumor als Spindelzellensarkom.

Friedeberg (Magdeburg).

**R. Thomson.** Case of ruptured gastric ulcer; recovery.  
(Lancet 1899. August 19.)

Ein neuer Fall, der den Werth raschen chirurgischen Eingreifens beim Durchbruch eines Magengeschwürs klar legt. Die 28jährige Frau hatte seit 15 Monaten auf Ulcus hinweisende gastrische Beschwerden. Die Operation wurde 6 Stunden nach dem akuten Beginne der Perforationssymptome vorgenommen. Das Geschwür saß an der vorderen Wand nahe der kleinen Curvatur dicht unter der Cardia.

F. Reiche (Hamburg).

**M. Einhorn** (New York). Ein weiterer Beitrag zur Kenntniss der Magenerosionen.

(Archiv für Verdauungskrankheiten Bd. V. Hft. 3.)

Seit 1894 nimmt E. in Fällen, in welchen sich außer verschiedenen subjektiven Beschwerden gastrischen Ursprunges (besonders leichten Schmerzen kurz nach der Nahrungsaufnahme) konstant mehrere Stücken Magenschleimhaut im Spülwasser des Magens vorfinden, die Existenz von Magenerosionen an. Der vorliegende Aufsatz bringt 16 neue Beobachtungen.

2 Fälle waren mit Phthise, 1 mit Syphilis complicirt, 4mal waren die Symptome eines chronischen Magenkatarrhs mit starker Schleimbildung vorhanden, wovon letzterer eine gewisse Rolle in der Ätiologie der Erosionen zuerkannt wird. Gleichzeitige Chlorose ist nicht Ursache, sondern Folge der Magenläsion.

Behandlung: Besprayung des Magens mit 1—2‰iger Silbernitratlösung, bei Hyperchlorhydrie intragastrale Galvanisation. Ein Fall erforderte zu seiner Besserung Milchdiät und große Wismutdosen.

Einhorn (München).

### 11. L. Sansoni. Über Gastritis ulcerosa chronica anachlorhydrica.

(Archiv für Verdauungskrankheiten Bd. VI. Hft. 1.)

### 12. Vittorio (Turin). Un caso di gastrite ulcerosa cronica anacloridrica.

(Clin. med. italiana 1899. No. 12.)

S. unterscheidet 2 Formen von chronischer, ulceröser Gastritis: eine mit Hyperchlorhydrie und eine mit Hypo- oder Anachlorhydrie. Bei der ersteren liegt das typische Cruveilhier'sche Geschwür vor, bei der letzteren handelt es sich um oberflächliche Ulcerationen, die meistens in der Tiefe nicht über die Schleimhaut hinausgehen, jedoch imponirende Hämatemesen und vielleicht auch Perforation herbeiführen können. Zu dieser letzteren Form dürften die von Dieulafoy unter dem Namen Exulceratio simplex beschriebenen Fälle, die hämorrhagischen Erosionen, wahrscheinlich viele von den Autoren beschriebene Fälle von Magengeschwür mit Hypo- oder Anachlorhydrie und die 3 vom Verf. aus der Bozzolo'schen Klinik mitgetheilten Beobachtungen gehören. Dieselben sind charakterisirt: 1) Durch das konstante Vorhandensein von dünnen Magenschleimhautstücken im Wasser der im nüchternen Zustande vorgenommenen Magenspülung. 2) Durch nicht an eine Geschwulst in der Magenegend und Krebskachexie gebundene Hypo- oder Anachlorhydrie.

V. berichtet aus der Silva'schen Klinik über einen Fall von Lebercarcinom mit ausgedehnten hämorrhagischen Erosionen (12 an der Zahl) der Magenschleimhaut.

Einhorn (München).

### 13. Reichardt. Drei Fälle von tödlicher parenchymatöser Magenblutung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 20.)

R. theilt 3 Fälle von tödlicher parenchymatöser Magenblutung mit. Im 1. Falle trat die Blutung nach einer wenige Tage vorher angelegten Gallenblasen-Dünndarmfistel ein. In den beiden anderen Fällen gaben akut auftretende profuse Magenblutungen die Veranlassung, den Magen Zwecks Stillung der Blutung breit zu eröffnen. Doch konnte nach Entfernung der blutigen Schleimmassen ein Ulcus oder eine sonstige blutende Stelle nicht gefunden werden. Die Autopsie der 3 Fälle gab über eine makroskopisch nachweisbare Quelle der Blutung im Magen oder Zwölffingerdarme keinen Aufschluss.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

#### 4. Cohnheim. Über Gastrektasie nach Traumen, die Ätiologie der Magenerweiterung im Allgemeinen und ihr Verhältnis zur Atonie und zum Magensaftfluss.

(Archiv für Verdauungskrankheiten Bd. V. Hft. 4.)

Ein Arbeiter, bei dem unmittelbar im Anschlusse an ein Trauma die Symptome eines frischen Magengeschwüres aufgetreten waren, zeigt etwa ein halbes Jahr später das voll ausgeprägte Bild einer Gastrektasie (Anwesenheit stagnirender Speisereste, Sarcinen im nüchternen Magen). Aus dem Verlaufe des Falles ist bemerkenswerth, dass nach 5wöchentlichem Gebrauche von Leinöl (1 Likörglas voll Morgens und Abends) vollkommene Heilung eintrat; eine Thatsache, die beweist, dass auch bei exquisit lokalen Magenaffektionen, wie die Pylorusverengung, relativ große Ölmengen ertragen und in den Darm befördert werden. Das Öl wirkt wie beim Ösophaguskrebs (Rosenheim) rein mechanisch als Schmiere, durch Verminderung oder Aufhebung des Reibungswiderstandes; weiterhin kommen seine beruhigende Wirkung auf spastische Zustände und seine schmerzlindernde auf Geschwürsgründe in Betracht. In allen Fällen von Pylorusstenose — gleichgültig welcher Ätiologie — dürfte vor der Empfehlung eines chirurgischen Eingriffes eine Ölbehandlung zu versuchen sein.

Nach einer kritischen Besprechung der bisher vorliegenden, nicht sehr zahlreichen Litteratur über die traumatische Gastrektasie giebt C. kurze, zum Theil interessante Krankengeschichten über 72 Fälle von echter Gastrektasie nicht carcinomatöser Natur, die während der letzten 7 Jahre in der Boas'schen Poliklinik zur Beobachtung gelangten.

Die sich daran schließenden höchst bemerkenswerthen Ausführungen fassen wir am besten mit des Verf. eigenen Schlussfolgerungen zusammen.

1) Nach Traumen der Magengegend kann es auf dem Wege der Perigastritis oder des Ulcus zur chronischen Gastrektasie kommen; die nach Traumen beobachteten akuten Gastrektasien sind als Fälle von hochsitzendem Ileus (Abknickungen des Duodenum) aufzufassen.

2) Auch chronische Traumen (Druck) führen häufig (namentlich bei Männern) zu Ulcus und weiterhin zur Ektasie des Magens.

3) Der echte Magensaftfluss ist die Folge einer relativen Pylorus- oder Duodenalstenose, nicht die Ursache der Magenerweiterung.

4) Ein erheblicher Theil der Gastrektasien ist die Folge eines wiederholten Pylorospasmus nach Ulcus pylori cum hyperchlorhydria und kann vollkommen heilen, der größere Theil die Folge eines organischen Hindernisses und kann relativ heilen; nur bei einem kleinen Theile ist die Stenose so hochgradig, dass eine Indicatio vitalis für einen Eingriff vorliegt.

5) Eine chronische Ektasie in Folge primärer Muskelschwäche ist im höchsten Grade unwahrscheinlich und bisher durch keine einwandfreien Beobachtungen bewiesen.

hindernis bedingt.

7) Die Ektasie ist die Folge eines lokalen Processes am Magenausgange, die Atonie Theilerscheinung einer allgemeinen Konstitutionskrankheit; zwischen beiden Affektionen besteht ein principieller, kein gradueller Unterschied.

Einhorn (München).

## 15. Guillemot. L'estomac biloculaire.

(Gas. hebdom. de méd. et de chir. 1899. No. 75.)

Die Sanduhrform kann kongenital und erworben sein. Im ersten Falle handelt es sich um eine Entwicklungsanomalie oder um fötale Narbenbildung (Ulcus, Kompression, peritoneale Verwachsung). Betreffs der Pathogenese verwirft Verf. die physiologische und die mechanische Theorie, nach welchen die Sanduhrform auf normaler Muskelkontraktion im Moment des Todes oder auf Kompression namentlich durch das Korsett beruht, und hält die pathologische für die richtige. Die Faktoren für die Deformation sind Vernarbung eines Ulcus, Verwachsung mit benachbarten Organen in Folge von Perigastritis, Torsion des Pylorustheils auf den Cardiatheil. Fast in allen Fällen findet man vorausgegangene ulceröse Gastritis. Das Ulcus muss als nächste Ursache der Sanduhrform betrachtet werden. Zumeist kommt sie beim weiblichen Geschlechte zwischen 25—50 Jahren vor. — Der biloculäre Magen besteht aus 2 Taschen, der Cardia- und Pylorustasche, welche durch eine Furche oder einen wirklichen Kanal von verschiedensten Ausmessungen getrennt sind. Im Niveau der Verengering können die verschiedenen Schichten des Magens normale Struktur bei kongenitalen Formen haben. Sehr oft findet man Narbenbildungen, Verdickung der Muskelfasern bis zur Sphinkterbildung, Sklerose. Die Verengering ist meist mit Nachbarorganen verwachsen, besonders mit dem linken Leberlappen, der vorderen Bauchwand und dem Pankreas. Die Schleimhaut kann normal sein, zeigt aber sehr oft Ulcerationen in allen Stadien, welche in die eine oder andere Tasche sich fortsetzen. Die Dimensionen der beiden Taschen variiren je nach dem Sitze der Verengering, welche freilich zumeist die mittlere Magenpartie betrifft; die Form wechselt sehr: gewöhnlich ist die Cardiatasche kugelig oder birnförmig, die Pylorustasche halbmondförmig oder cylindrisch. Die eine kann einfach in der Verlängerung der anderen liegen, oder die Cardiatasche in vertikaler, die Pylorustasche in horizontaler Richtung unter Bildung eines stumpfen oder rechten Winkels. Sie können gleichfalls Verwachsungen mit Nachbarorganen zeigen, aus welchen Fistelbildungen, z. B. mit Colon, Duodenum resultiren. Die Schleimhaut in ihnen zeigt die verschiedensten Stadien von der Verengering unabhängiger Ulcerationen. — Unter Umständen bleibt die Sanduhrform des Magens völlig symptomlos, erst bei der Autopsie wird sie entdeckt, besonders bei der kongenitalen Form. Im Allgemeinen kann man im klinischen

Verlaufe 2 Phasen unterscheiden, 1) mit Symptomen der ulcerösen Gastritis; 2) nach Ausbildung der Läsion mit Symptomen der mesogastrischen Stenose, wenn auch die erste langsam und unmerklich in die zweite übergehen kann. In beiden bestehen meist die gleichen funktionellen Störungen, wie sie beim Ulcus auftreten. Die zweite aber ist charakterisirt durch die gastrische Stase, welche nicht nur durch die Verengerung, sondern auch durch den mangelhaften Muskeltonus, die Adhärenzen bedingt ist. Inspektion, Palpation, Auskultation und Magenausspülung liefern keine pathognomischen Zeichen. Bei der Magenaufblähung wird, falls die Kommunikationsöffnung beider Taschen klafft, leicht Inspektion, Perkussion und Palpation Aufklärung bringen. Schließt sich die Öffnung, so würden diagnostisch zu verwerthen sein der Kontrast zwischen dem Resultate der Palpation und der Insufflation, indem erstere die große Curvatur mehr oder weniger unter dem Nabel, die letztere über diesem, unter dem linken Rippenrande lokalisiert, das Plätschergeräusch, das in der Pylorus tasche bestehen bleibt, während es in der Cardiatasche verschwindet (freilich können auch andere Affektionen ähnliche Erscheinungen bieten), die kleine Dimension des aufgeblähten Magens, welche nicht übereinstimmt mit dem Symptomenkomplexe einer Pylorusstenose und die Lage der Verengerung in der oder links von der Medianlinie, welche der Lage des Pylorus nicht entspricht. Endlich ist auch die Radioskopie zu verwerthen.

Der Verlauf der Affektion ist meist chronisch und führt zu erheblicher Kachexie durch Inanition und zum Tode in 2—10 und mehr Jahren. Akute, oft febrile Anfälle können zwischendurch auftreten durch neue Ulcera, durch Perigastritis, Torsion der Pylorus tasche etc. Selbstverständlich sind die Pat. allen möglichen Zwischenfällen, wie ein Ulcus sie mit sich bringt, unterworfen. Die Prognose ist stets ernst. — Sobald funktionelle oder physikalische Symptome den Verdacht auf Sanduhrform lenken, muss die Aufblähung des Magens vorgenommen werden. Durch sie ist man im Stande, Grad und Sitz der Verengerung, etwaige Verwachsungen zu muthmaßen; die Entscheidung freilich, ob sie angeboren oder erworben, ist unmöglich. Eine rationelle Therapie kann einzig auf chirurgischer Intervention beruhen.

v. Boltens Stern (Bremen).

16. E. C. van Leersum en J. Rotgans. Exstirpatie der geheele maag. Endogastritis obliterans. De maaglooze mensch. (Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde 1899. II. p. 993.)

Die nach der Operation einer 22jährigen seit 7 Jahren magenleidenden Person angestellten Untersuchungen belehren uns zwar über die Verhältnisse eines magenlosen Menschen, geben aber keinen Aufschluss über die Anpassung des Organismus an die neue Situation, indem die nähere Untersuchung des exstirpirten Organes die vollständige Werthlosigkeit desselben für den Organismus herausstellte. Der Magen dieses Mädchens scheint nämlich niemals als

epithel aus dem Ösophagus überwuchert etc.

Der N-Gehalt der Fäces war nicht größer als derjenige normaler Personen und zwar 3,15 resp. 5,16% der Trockensubstanz. Letztere betrug 20—23% der Totalquantität (120—208 ccm in 24 Stunden). Im Anfange dickbreiige, nachher normale, aus Detritus zusammengesetzte Fäces bei Milch-, Eier-, Mehlspeisen-, Zwieback- und Fleischgenuss. Geruch nicht abnorm, Farbe blassbräunlich, keine Vermehrung der Zahl der Fleischfasern bei der mikroskopischen Durchmusterung der Präparate.

Harnmengen 1—2 Liter in 24 Stunden, spec. Gewicht höchstens 1014, Gefrierpunktniedrigung 0,80—1,19° C., NaCl 0,51—0,81%, P<sub>2</sub>O<sub>5</sub> 0,094—0,131%, Acidität des Harns nicht erhöht gegenüber der Erhöhung im Schlatter'schen Falle. Zeehuisen (Utrecht).

### 17. Chvostek. Zur Symptomatologie der Akromegalie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899. No. 44.)

Der mitgetheilte Fall betrifft einen 37jährigen Mann, bei welchem die Akromegalie begleitet war von einer alimentären Glykosurie und von einer paroxysmalen Hämoglobinurie, die auftrat, sobald sich der Kranke der Kälte aussetzte. Es liegt die Möglichkeit nahe, in den bei Akromegalie beständig sich findenden Veränderungen der Gefäße, die wegen ihrer Konstanz als zur Krankheit gehörig aufgefasst werden müssen, ein kausales Moment der hämoglobinurischen Paroxysmen zu sehen. Außer Glykosurie und Hämoglobinurie traten bei dem Pat. auch Gelenkveränderungen auf, insbesondere Schwellungen der Kniegelenke, die eine gewisse Ähnlichkeit mit den bei anderweitigen nervösen Erkrankungen zu beobachtenden Gelenkveränderungen erkennen ließen, plötzlicher Beginn, das Fehlen von entzündlichen Erscheinungen, geringe Schmerzhaftigkeit, geringe Beeinträchtigung der Bewegungen, rasches Schwinden der Erscheinungen.

Selfert (Würzburg).

### 18. Bonardi. Contributi clinici et anatomico-patologici alla conoscenza dell' acromegalia (malattia di Marie).

(Morgagni 1899. September.)

Eine umfassende Abhandlung über Akromegalie, von den Italiern Morbus Marie genannt, bringt B. Die Arbeit ist werthvoll durch die Berücksichtigung der ganzen bisher bekannten Litteratur über die Krankheit, durch Anreicherung von 4 neuen Fällen und instruktiven Abbildungen. Wir müssen uns hier ein weiteres Eingehen auf dieselbe versagen, um so mehr, als sie in Bezug auf die dunkle Pathogenese nichts Neues bietet.

Hager (Magdeburg-N.).

### 19. C. W. Chapman. The early diagnosis of myxoedema.

(Lancet 1899. September 30.)

Drei Beobachtungen von Myxödem, deren eine, die ein 27jähriges Mädchen betraf, beweist, dass hartnäckige Anämie das 1. Symptom jener Krankheit sein kann. Oft wird sie lange übersehen, da die ersten Zeichen derselben recht unbestimmt sind, die Schwäche und der Schwindel auf anämische Zustände oder Erkrankungen des Herzens bezogen werden. Die Veränderungen der Konjunktiven, die als »Bright'sches Auge« bekannt sind und häufig bei Nierenkranken gesehen werden, finden sich oft auch frühzeitig beim Myxödem.

F. Reiche (Hamburg).

**O. S. Sanesi (Prato). Missoedema spontaneo degli adulti.**

(Clinica med. ital. 1899. No. 4.)

Bei einem phthisisch belasteten Individuum waren vor 10 Jahren allmählich sich steigernde Schluckbeschwerden und Regurgitation von Speisen aufgetreten, die über 3 Jahre andauerten und dann spontan unter indifferenter Behandlung sich wesentlich besserten. Zu dieser Zeit entwickelte sich das Symptomenbild des *Ayxdema*.

Die Palpation ergibt ein Fehlen der Schilddrüse. Während des letzten Jahres aufgetretene Kopfschmerzen und temporale Hemianopsie werden auf eine vikariirende Hypertrophie der Glandula pituitaria zurückgeführt.

Die Verordnung von Thyreoideatabletten bringt nach einem Monate vollkommene Heilung. Sinken des Körpergewichtes von 69 auf 63 kg. Steigerung der Urinmenge von 800 auf 1700 ccm, des spec. Gewichtes von 1007 auf 1021, der 24stündigen Harnstoffmenge von 5,12 auf 35 g. Verschwinden der Kreatininreaktion.

Ätiologisch ist zu bemerken und vielleicht verwerthbar, dass 2 Jahre vor dem Auftreten der Dysphagie im Anschlusse an eine übermäßige körperliche Anstrengung ein heftiger Schmerz am Halse empfunden wurde. Möglicherweise handelte es sich damals um eine Hämorrhagie in der Glandula thyreoides, die zu anatomischen Veränderungen in der Drüse und schließlich zu Atrophie derselben führte. Die Dysphagie würde durch reflektorisch von der Schilddrüse her ausgelöste Muskelkrämpfe des Ösophagus zu erklären sein. Einhorn (München).

**21. C. M. Allan. A suggestion as to treatment of Graves' disease by the administration of bile.**

(Lancet 1899. August 26.)

Bei einer 50jährigen Kranken mit Basedow'scher Krankheit ließen A. die Gallenarmuth der Stuhlentleerungen und der helle reichliche Urin an eine Paresse der sekretorischen Funktionen der Leber denken: Cholagoga waren ohne Effekt, wohl aber trat unter der Zufuhr von Galle, die in keratinirten Tabletten bis zu 100 g pro die gegeben wurde, Besserung ein, welche nach Monaten zu völliger Heilung führte. Während der ersten 5 Wochen der Behandlung wurden 3200 g Galle innerlich zugeführt und dabei 242 g subkutan und zum Theil selbst in die Schilddrüse injicirt. Die hypodermatische Therapie war jedoch wegen der dabei beobachteten Reaktionerscheinungen nicht weiter durchführbar. Die Stühle wurden während der Behandlung nicht tiefer gefärbt, cholanische Beschwerden oder Ikterus zeigten sich nicht. Auf die Theorien des Verf. sei hier nicht weiter eingegangen.

F. Reiche (Hamburg).

**22. Sachs und Wiener. Die Erythromelalgie.**

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. XV. Hft. 3 u. 4.)

Die Verf. sind unter Zugrundelegung eines reichen eigenen und fremden Materiales der Frage nähergetreten, ob wir es bei der Erythromelalgie mit einer primären Erkrankung der Nerven oder eines anderen Systems zu thun haben. Sie kommen in Anbetracht der vielen Analogien, welche die Erythromelalgie mit den Folgeerscheinungen von chronischen Herz- und Gefäßaffektionen darbietet, zu dem Ergebnisse, dass wahrscheinlich eine primäre Betheiligung der Gefäße bei dem Leiden statthabe. Und zwar handelt es sich in unkomplirten Fällen mit großer Wahrscheinlichkeit um eine Endarteriitis obliterans der peripheren Arterien. Dabei ist es nicht auszuschließen, dass die Endarteriitis oft mit centralen Vorgängen zusammenhängt, wenn dies auch sicher nicht für alle Fälle zutrifft. Denn es lässt sich für manche Fälle mit positiver Bestimmtheit der Beweis führen, dass sie von centralen Einflüssen unabhängig in die Erscheinung getreten sind.

Freyhan (Berlin).

Die Erythromelalgie ist ein Symptomenkomplex, für den man verschiedene Störungen des centralen und peripherischen Nervensystems verantwortlich gemacht hat: namentlich auch des vasomotorischen Nervenapparates.

P. beschreibt 3 Fälle, in denen ohne Zweifel die Erythromelalgie luetischer Natur war, wie namentlich auch die Diagnose ex juvantibus bestätigte.

Hager (Magdeburg-N.).

## 24. K. Grassmann. Beitrag zur Kenntniss der »Claudication intermittente«.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. LXVI.)

Ein 60jähriger Mann, früher luetisch infectirt, starker Raucher und Trinker, passionirter Reiter, bekommt plötzlich heftigen Schmerz und Blässe im linken Beine, als deren Grund Thrombose der Art. crur. gefunden wird; Heilung, aber Zurückbleiben typischer Claudication intermittente: In Ruhelage und bei kurzem Gehen Alles normal; bei Überschreiten einer bestimmten Strecke (ca.  $\frac{1}{2}$  km) plötzlich heftiger, krampfhafter Schmerz in der Wade, der nach Hinsetzen bald verging. Ein Jahr später entwickelt sich derselbe Zustand am rechten Beine. Es kommt später zu Atrophien besonders an den Waden, Hyperidrosis der Füße, Abstoßen eines Zehennagels, aber nicht zu Gangrän.

Der Zusammenhang des typischen Bildes der Claudication intermittente mit Arteriosklerose ist in diesem Falle durch prädisponirende Umstände und durch die Vorgeschichte sichergestellt.

G. wirft die Frage auf, wesshalb bei der Häufigkeit der Arterienerkrankung so wenig Leute jenes Symptom zeigen; er glaubt, dass Goldflam's Deutung, dass die Muskelarterien ergriffen sein müssten, in Betracht komme, mehr noch aber Betheiligung der die Nerven versorgenden Arterien mitspiele; dies würde zugleich die heftigen Schmerzen erklären. D. Gerhardt (Straßburg i/E.).

## 25. Lapinsky. Zur Frage von der Degeneration der Gefäße bei Läsion des N. sympathicus.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. VI. Hft. 3 u. 4.)

Es ist schon mehrfach gezeigt worden, dass die experimentell hervorgerufenen Störungen der peripheren Nerven von einer Reihe von Gefäßerscheinungen im Gebiete der lädirten Nerven begleitet werden, die sehr verschiedener Art sein können. Gewöhnlich verlieren die Gefäße ihren Tonus und verändern desshalb ihre äußere Form; sie werden weiter und gleichzeitig länger. Ihr Querdurchmesser vergrößert sich; sie erscheinen erheblich dicker, und ihr Verlauf wird durch die Längsunahme ein gewundener. Zuweilen zeigen die Gefäßwände im Verzweigungsgebiete der verletzten Nerven eine große Durchlässigkeit für die seröse Transsudation; in Folge dessen kommt es zu Ödemen. Die nächste Ursache dieser sog. vasotrophischen Störungen wurde in verschiedenen Momenten gesucht. In einigen Fällen wurden veränderte Cirkulationsbedingungen beschuldigt, in anderen wurde die Erklärung des Degenerationsvorganges in Störungen der trophischen Funktionen der erkrankten Nerven gesucht. Der Verf. hat eigene Beobachtungen an der Carotis nebst ihren Ästen bei Kaninchen angestellt, denen er den rechten N. sympathicus lädirte hatte. Seine Versuche lassen erkennen, dass die Ätiologie der Gefäßerkrankungen im Bereiche eines lädirten Nerven eine äußerst complicirte ist. Erstens kann die Läsion der Nerven den Verlust des Tonus und eine Kontraktionsverminderung der Gefäße bedingen. Ferner kann die Erkrankung der Nerven an und für sich Veränderungen in der Ernährung der Gefäßwandzellen hervorrufen. Schließlich kann unter diesen Umständen die Entstehung einer

**Gefäßdegeneration** durch eine Reihe mechanischer Momente begünstigt werden, **haben** eine allgemeine ätiologische Bedeutung für die Gefäßwunderkrankung **beschrieben** wird, wie Lumenerweiterung, Steigerung des intravaskulären Druckes **und Verlangsamung** des Blutstromes. Außerdem scheint aus den Versuchen **herzuzugehen**, dass die Affektionen des N. sympathicus bei kurzer Dauer nur eine **funktionelle** Veränderung des Gefäßlumens, bei längerer Dauer eine organische **Degeneration** der Gefäßwandungen im Gefolge haben. Freyhan (Berlin).

## 26. Floresco (Bukarest). Influence de la section etc. du nerf sympathique cervical sur l'organisme.

(Arch. des sciences méd. 1899. No. 5 u. 6.)

Die Versuche sind an 10 Meerschweinchen aus 3 Würfen ausgeführt. Einfache Durchschneidung des Halssympathicus beeinflusst das Wachsthum des jugendlichen Thieres fast gar nicht, totale und doppelseitige Resektion des Nerven mit **Exstirpation** der oberen Halsganglien und der unteren Stränge beschleunigt das Wachsthum erheblich. Gumprecht (Jena).

## 27. E. Saalfeld. Ein Beitrag zur Lehre von der Alopecia praematura.

(Virchow's Archiv Bd. CLVII. p. 77.)

S. konnte bei seinen Versuchsthiere (Meerschweinchen, Kaninchen und weißen Mäusen) durch die Übertragung der Haare von Alopecieischen oder der von denselben gewonnenen Bakterienkulturen kein der menschlichen Alopecia furfuracea ähnliches Bild erhalten. Nur die Einreibung mit ransigem Öle ergab bei seinen Thieren jedes Mal Haarausfall. Die Versuche stehen also im Widerspruche mit den Experimenten von Lassar und Bishop, welche mittels derselben die parasitäre Natur der prämaturnen Alopecie beweisen wollten. Am Schlusse der Arbeit werden einige der bei Alopecitischen gefundenen Bakterien genau geschildert.

v. Notthafft (München).

## 28. D. Hunter. Three cases of juvenile general paralysis.

(Lancet 1899. April 29.)

H. berichtet über 3 Fälle von juveniler progressiver Paralyse, die bei 2 jungen Männern im Alter von 19 bzw. 17 Jahren und bei einer Frau von 21 Jahren sich entwickelte. Alle 3 Kranke zeigten frühzeitige, rasch entstandene und tiefe Demenz; nur einer der Kranken war euphorisch; bei der Frau vorlor die Menstruation sich nicht im Verlaufe der Krankheit. Nur bei dieser Pat. lag Infektion mit Syphilis — im 18. Lebensjahre — vor, bei dem einen Manne neben hereditärer Belastung ein schwerer psychischer Chok im 17. Jahre; bei dem anderen fehlte jedes ätiologische Moment. Die Krankheitsdauer betrug 4 Jahre in 2 Fällen und 2½ Jahre im dritten. — Bei den Autopsien wurden die charakteristischen Veränderungen in sehr ausgeprägter Form, insbesondere ausgedehnte und feste Pia-verwachsungen gefunden.

Bezüglich der Lues als häufiges ursächliches Moment der progressiven Paralyse verhält H. sich sehr skeptisch; in seinem sehr großen Materiale aus 3 Irrenhäusern fand er Syphilis in der Anamnese und syphilitische Veränderungen bei den Sektionen nur sehr selten.

F. Reiche (Hamburg).

## 29. H. Marr. Notes of a case of general paralysis in the insane occurring in early life.

(Lancet 1899. September 23.)

Ein Fall von progressiver Paralyse bei einem 14jährigen Mädchen. Sie begann im 10. Jahre, psychische Störungen wurden bereits seit dem 6. Lebensjahre

bemerkt. Mutter und Großmutter waren im Irrenhause gestorben. Ob hereditäre Syphilis vorlag, ist nicht sicher gestellt. Der Bericht über die Hirnsektion ist ausführlich mitgeteilt.

F. Reiche (Hamburg).

### 30. J. Strauss. Über das Nebeneinandervorkommen von Idiotie und Diabetes mellitus und über »neurogene« Glykosurien nebst einigen Bemerkungen über das tinktorielle Verhalten und die Alkalescenz des diabetischen Blutes.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. LXV. Hft. 5 u. 6.)

S. fand bei einem seit Jahrzehnten an Idiotie leidenden Pat. intermittierenden Diabetes; bald schied er bis zu  $7\frac{3}{4}$  g, bald (trotz gleicher Kost mit mäßig viel Kohlehydraten) absolut keinen Zucker aus. Die Frage nach der Abhängigkeit des Diabetes von der Idiotie lässt S. offen; er fand die Kombination bei anderen Pat. nicht und konnte auch nur selten bei Idiotie und Imbecillitas alimentäre Glykosurie (die er als leichteste Form des Diabetes betrachtet) nachweisen.

Die Zuckerausscheidung erwies sich bei dem mitgetheilten Falle als fast ganz unabhängig von der Kohlehydratzufuhr; Ähnliches wurde von anderen Autoren für die »neurogene« Diabetesform angegeben, doch zeigt S. an eigenem und fremdem Materiale, dass eine solche principielle Verschiedenheit des gewöhnlichen und des von Hirnleiden abhängigen Diabetes nicht besteht. — Ein Einfluss von Muskulararbeit ließ sich bei jenem Idioten in so fern zeigen, als die Glykosurie, falls sie überhaupt bestand, deutlich vermindert wurde, wenn Pat. außer Bett war. Verf. weist darauf hin, dass die zuckerserstörende Wirkung der Muskelthätigkeit stärker hervortrat als die Zuckeranhäufung durch Zulage von Kohlehydrat zu der Nahrung.

Schließlich untersuchte S. bei seinem Pat. das Blut nach Bremer's Vorschritt mit Anilinfarbenbehandlung. Er erhielt die Bremer'sche Reaktion (mangelnde Färbbarkeit mit Methylenblau) auch zu Zeiten, wo der Harn zuckerfrei war, ein Verhalten, das vom Verf. u. A. auch sonst bei leichtem Diabetes öfter gefunden wurde. Gegen die Lehre, diese Bremer'sche Reaktion sei nicht durch Zuckergehalt, sondern durch verminderte Alkalescenz des Blutes bedingt, sprechen aber Titirversuche, in denen Verf. zu demselben Resultat wie J. Loewy gelangt, dass nämlich beim Diabetes die Blutalkalescenz eher erhöht als erniedrigt ist; sogar in einem Falle von Koma, der übrigens auch durch Fehlen von Oxybutter-säure etc. im Harn ausgezeichnet ist, war die Alkalescenz kaum vermindert.

D. Gerhardt (Straßburg i/E.).

### 31. H. Kral (Prag). Ein Fall von Idiotie mit mongoloidem Typus und Schilddrüsenmangel.

(Prager med. Wochenschrift 1899. No. 32.)

Das 4jährige Kind stammt von gesunden Eltern, eine jüngere Schwester ist normal entwickelt. Das Kind zeigt deutliche Charaktere einer Idiotie. Gleichzeitig besteht ausgesprochenste Epikanthusbildung, welche deutlich den Mongolea-typus bei der Pat. hervortreten lässt. Überdies lässt sich trotz genauer Untersuchung eine Schilddrüse nicht nachweisen. K. hebt einerseits die ersterwähnte Missbildung als interessante Begleiterscheinung hervor, andererseits betont er das für den idiotischen Zustand vielleicht ätiologisch wichtige Moment des Schilddrüsenmangels unter gleichzeitigem Hinweis auf die diesbezügliche Litteratur. Dem Kinde, das bei Eintritt in die Poliklinik nur mühsam laufen und fast gar nichts sprechen konnte, wurden mit Rücksicht auf das Fehlen der Schilddrüse Schilddrüsentabletten verabreicht. K. konnte nach einigen Wochen eine merkliche Besserung des Zustandes der Pat. konstatiren, welche er, wenn auch mit großem Vorbehalte als Effekt der Therapie ansehen möchte.

Friedel Pick (Prag).

### 32. Pilcz. Über einige Ergebnisse von Blutdruckmessungen bei Geisteskranken.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 12.)

Bei den Untersuchungen mit dem Gärtner'schen Tonometer ergab sich, dass Paralytiker im Verlaufe ihrer Krankheit ein immer stärkeres Sinken des Blutdruckes aufweisen. Mehrmals gelang es P., aus dem Tiefstande des Blutdruckes den baldigen Exitus der Paralytiker voraussagen. Die meisten Paralytiker zeigten Blutdruckzahlen von 100—110 Hg, ein Ansteigen des Blutdruckes ließ sich während der Remissionen beobachten.

Bestüglich der an Hebephrenie leidenden Kranken kam P. zum keinem sicheren Resultate. Bei melancholischen Zuständen wurden stets hohe Werthe beobachtet. Wenn ein Angstparoxysmus eintrat, stieg der Blutdruck noch höher. Bei circulärem Irresein zeigten sich während der manischen Phase niedrige Drucke, während der melancholischen hohe Werthe. Mehrere Katatoniker zeigten normalen Blutdruck.

Seifert (Würzburg).

### 33. H. Holm. Om temperaturer ved psychopatiske tilstande og dens diagnostiske betydning.

(Norsk. Mag. for Lægevid. 1900. No. 1.)

Verf. berichtet nach einem kurzen Exkurs über die Grenzen der normalen Temperaturverhältnisse über regelmäßig vorgenommene, etwa 12 000 Temperaturmessungen an 110 Geisteskranken und 16 Hysterischen und kommt zu dem Resultate, dass sich leichte Veränderungen an der Temperatur als unterstützende Momente für Störungen im Nervensystem verwerthen lassen. Er bezieht sich auf die auch in diesem Centralblatte referirten Arbeiten von Hallager, welcher als hysterisches Stigma einen außerordentlich geringen Unterschied zwischen der Achsel- und Mastdarmtemperatur beschrieben hatte. Verf. fand dieses Hallager'sche Stigma in 20% der untersuchten hysterischen Fälle, während er in weiteren 20% bei solchen Kranken einen abnorm großen, bis zu 2,7° betragenden Unterschied fand. Noch mehr Gewicht als auf solche Verhältnisse legt Verf. auf das Vorhandensein des Typus inversus, welchen er in über 30% der Achsel- und auch der Mastdarmmessungen bei Geisteskranken fand, besonders häufig bei hysterischen Geisteskranken. Verf. steht nicht an, in dem Vorhandensein dieses Typus inversus in zweifelhaften Fällen einen für die gerichtliche Medicin werthvollen Faktor zu erblicken.

F. Jessen (Hamburg).

### 34. A. Margulíes (Prag). Über Pseudodipsomanie.

(Prager med. Wochenschrift 1899. No. 23 u. 24.)

Unter dem Namen Pseudodipsomanie hat ein Schüler Magnau's, Legrau, alle jene Zustände von periodisch auftretender Trunksucht, die nicht einem unwiderstehlichen Zwange ihren Ursprung verdanken, zusammengefasst. M. theilt nun aus der Klinik A. Pick's einen solchen Fall mit, betreffend einen sonst sehr intelligenten Juristen, der, von Jugend auf dem Alkohole ergeben, später, nachdem er einen Typhus überstanden, regelmäßig, wenn er auch ohne jeden Zwang ein Glas Bier getrunken hatte, in einen Zustand gerieth, in dem er zwar äußerlich scheinbar geordnete Handlungen beging, sich aber nicht über die Motive seiner Handlungsweise klar war und am nächsten Morgen vollständige Amnesie für alles Geschehene besaß. In solchen Zuständen, in die er wie mit einem Rucke versetzt wurde, war er wie umgewandelt, alle Begriffe von Ehrenhaftigkeit und Redlichkeit waren ihm geschwunden, er wurde von einem heftigen Drange erfasst, Alles stehen und liegen zu lassen und fortwährend trinkend in der Welt herumzuagiren. Dasselbe Krankheitsbild zeigt eine ebenfalls hereditär belastete Frau, bei der das Leiden nach der Pubertät einsetzte. Es handelt sich also um Fälle mit besonderer Intoleranz gegen Alkohol, bei welchen jedoch weder ein Zwang

## Sitzungsberichte.

### 35. Berliner Verein für innere Medicin.

Sitzung vom 28. Mai 1900.

Vorsitzender: Herr Becher; Schriftführer: Herr Jastrowitz.

#### 1) Herr Cassel: Geheilte Bauchfelltuberkulose bei Kindern mit Demonstration.

Der Vortr. stellt zunächst 3 geheilte Fälle von Bauchfelltuberkulose vor. Der 1. Fall betrifft einen Knaben, der im Februar 1896 unter Fieber und Abmagerung erkrankte und bei der Untersuchung eine Auftreibung des Leibes darbot nebst fühlbaren Tumoren im Abdomen. Bei der von Rottor vorgenommenen Laparotomie zeigte sich das typische Bild der Bauchfelltuberkulose, die später durch die histologische und bakteriologische Untersuchung verificirt wurde. Er erholte sich nach der Operation allmählich und war  $\frac{1}{2}$  Jahr später völlig gesund. Der 2. Fall bietet in seiner Anamnese tuberkulöse Antecedentien dar; der Vater ist an Phthise gestorben; das Kind selbst hat eine Caries des Ellbogengelenkes durchgemacht. Im April 1896 erkrankte es mit Fieber und Auftreibung des Leibes; in der linken Seite konnte ein abgekapseltes Exsudat nachgewiesen werden. Die in der kgl. Klinik vorgenommene Operation ergab typische Bauchfelltuberkulose; die Heilung war eine glatte; das Kind ist seitdem gesund geblieben. Der 3. Fall endlich ist ebenfalls erblich tuberkulös belastet; das Bild der Erkrankung war ein gleiches wie in den obigen Fällen und setzte sich zusammen aus Fieber, Abmagerung, Auftreibung des Leibes und palpablen Tumoren im Abdomen. Die von Herrn Karewski ausgeführte Operation, die das Bestehen einer Bauchfelltuberkulose ergab, führte eine Heilung herbei, wenngleich diese auch durch Zwischenfälle etwas verzögert wurde.

Aus der Statistik lässt sich abnehmen, dass die Bauchfelltuberkulose keine sehr häufige Krankheit des Kindesalters darstellt. Er selbst hat sie 18mal beobachtet, und zwar bei 10 Knaben und 8 Mädchen, unter denen einzelne jünger als 2 Jahre waren. Was den Ausgang dieser Fälle anlangt, so ist ihm derselbe in 5 Fällen unbekannt geblieben, 3 sind ohne Operation gestorben, 2 spontan geheilt und 7 operirt. Von den 7 Operirten sind 3 gestorben — 2 unmittelbar nach der Operation an Entkräftung, 1 an Miliartuberkulose — und 4 geheilt. Von den beiden Spontanheilungen betrifft die eine einen 5jährigen Knaben, der die typischen Erscheinungen einer Bauchfelltuberkulose darbot, und bei dem dieselben sich allmählich zurückbildeten. Der andere betrifft ein aus tuberkulöser Familie stammendes und selbst mit einem Spitzentkarrh behaftetes Mädchen, bei dem die Operation der klinisch zweifellosen Bauchfelltuberkulose von den Eltern abgelehnt wurde, und doch Heilung eintrat. Von den 4 durch Operation geheilten Fällen hat er 3 oben vorgestellt; der 4. betrifft ein  $1\frac{1}{2}$ jähriges Kind, bei dem die Operation erst vor Kurzem ausgeführt ist.

Nur in einzelnen Fällen fand sich eine tuberkulöse Belastung; in der Regel bildete die Bauchfellerkrankung die einzige tuberkulöse Manifestation, eine Beobachtung, die auch von anderen Autoren gemacht worden ist.

Diagnostisch von hoher Bedeutung ist die Palpation von Tumoren im Abdomen. Dieselben bestehen meist aus tuberkulösem Materiale oder sind cystische, durch Verklebungen der Därme entstandene Gebilde; niemals aber sind es geschwollene Mesenterialdrüsen, da diese viel zu tief liegen, um je der Palpation zugänglich zu werden. Er hat diese Tumoren fast nie vermisst; bei starker Spannung treten sie manchmal erst in Narkose hervor; ev. muss man sich der bimanuellen Palpa-

on — Einführung einer Hand ins Rectum — bedienen. Fieber besteht nicht gelmäßig; hohe Grade von Fieber sind prognostisch von übler Vorbedeutung. Differentialdiagnostisch kommt eigentlich nur die chronische seröse Peritonitis in Betracht, eine Affektion, die im Ganzen sehr selten vorkommt und sich an Traumen oder seltener an Infektionskrankheiten anschließt. Dieselbe unterscheidet sich von der von der Bauchfelltuberkulose dadurch, dass sie mit starkem Ascites einhergeht, aber fieberlos verläuft, keine Tumoren bildet und in Genesung endet.

Eine spontane Heilung der Bauchfelltuberkulose ist möglich, wenn auch nicht häufig. Eine medikamentöse Beeinflussung der Krankheit hält der Vortr. für problematisch, rationeller die Schaffung von günstigen hygienischen Bedingungen. Ein operatives Vorgehen ist angezeigt bei andauerndem Fieber und zunehmender Cachexie. Am günstigsten stehen die Chancen für die Operation bei Formen mit reich beweglichem Ascites, während die trockenen, schrumpfenden Formen eine viel ungünstigere Prognose geben.

2) Herr Rosin: Über die Kohlenhydrate des Harnes beim Diabetes.

Es ist seit Langem bekannt, dass der Traubenzucker einen konstanten Bestandtheil des normalen Harnes bildet; Breul hat festgestellt, dass seine tägliche Größe etwa 0,4—1 g beträgt. Neben dem Traubenzucker enthält der normale Harn noch andere Kohlenhydrate, deren Gesamtsumme nicht hinter der des Traubenzuckers zurückbleibt. Obwohl nun der Traubenzucker sich von den anderen Kohlenhydraten dadurch unterscheidet, dass er direkt gärt, während die anderen Zuckerarten nur indirekt — nach Spaltung — gären, so ist es doch nicht möglich, auf diese Weise eine Unterscheidung durchzuführen, da die Menge des Zuckers eine zu geringe ist. Anders steht es beim diabetischen Harn; hier ist bei der großen Zuckermenge eine Trennung sehr wohl möglich und dadurch eine Handhabe geboten, um zu entscheiden, ob in ihm außer dem Traubenzucker auch die übrigen Kohlenhydrate vermehrt sind. Es ist dies bislang noch kaum Gegenstand der Diskussion gewesen; zwar sind zahlreiche qualitative Untersuchungen in dieser Richtung angestellt worden, die das Vorkommen von Dextrin, Fruchtzucker, Leiose, Pentose u. A. im diabetischen Harn erwiesen haben; aber über die quantitativen Verhältnisse verlautet noch nichts. Er ist deshalb in Gemeinschaft mit Freiherrn v. Alfthorn dieser Frage näher getreten; die Furfurolreaktion sowohl wie die Salzsäureprobe haben sich dabei nicht als zweckmäßig erwiesen, dagegen gelang es, mit dem von Baumann dargestellten Benzoylchlorid zuverlässige Resultate zu erhalten. Beim Schütteln des Harnes mit diesem Körper fallen die Kohlenhydrate als Benzoylester aus und können direkt gemessen werden.

Es haben sich nun im normalen Harn folgende Ziffern für die Benzoylester ergeben: 1,5 g im Minimum und 8,1 g im Maximum; im Mittel 3,25 g. Davon ist mindestens die Hälfte für den Traubenzucker zu reserviren, so dass 1,6 g auf die übrigen Kohlenhydrate kommen. Im diabetischen Harn — es liegen 5 Versuchsreihen vor — betragen die Minimalsahlen 9,1 g und die Maximalsahlen 20 g, wobei zu beachten ist, dass durch diese Zahlen nur die Kohlenhydrate repräsentirt werden, da der gesammte Traubenzucker vergoren war; sehr wahrscheinlich ist die Summe der Kohlenhydrate eine noch größere, da ein Theil davon sicher durch Spaltung mit vergoren war.

Diese Differenzen sind zu groß, um als bloße Zufälligkeiten gelten zu können. Weitere Untersuchungen an größerem Materiale werden erst genaueres Licht verbreiten können.

Herr v. Alfthorn hat die von Herrn Rosin oben angeführten Untersuchungen mit Benzoylchlorid angestellt und spricht eingehend über die Technik der Reaktion.

Herr Blumenthal bestreitet, dass die Pentosen bislang nicht völlig zweifellos im Harn nachgewiesen sein sollen. Sodann fragt er an, ob das thierische Gummi sich bei den Untersuchungen des Vortr. als stickstofffrei erwiesen habe.

Herr Rosin verneint letztere Frage und hat einen Zweifel an dem Nachweise von Pentosen im Harn nicht ausgesprochen.

Freyhan (Berlin).

## Bücher - Anzeigen.

36. L. E. Henschen. Mittheilungen aus der medicinischen Klinik zu Upsala. Bd. II.  
Jena, G. Fischer, 1899.

Der vorliegende Band enthält 4 Arbeiten, die sich wiederum mit der Pathologie des Herzens beschäftigen.

In der ersten berichtet Verf. über Untersuchungen an Skiläufern vor und nach dem Wettlaufe. Er fand bei nahezu der Hälfte nach angestrengten Touren Herzvergrößerung nach links; bemerkenswertherweise zeigten gerade die besten Läufer, die zuerst ankamen und noch am rüstigsten waren, diese Dilatation. Bei renommierten Skiläufern fand H. das Herz auch vor dem Laufen schon vergrößert, also vermuthlich hypertrophisch. Diese Hypertrophie entwickelt sich offenbar als Folge von Arbeitsdilatationen. Somit sieht H. in den nach dem Skiwettkampfe beobachteten Dilatationen nicht ein Zeichen der Herzschwäche, sondern ein Zeichen der Leistungsfähigkeit des Herzens.

Der 2. Aufsatz enthält eine große Zahl genau beobachteter Beispiele für das Vorkommen akuter Dilatationen während und nach akutem Rheumatismus und im Verlaufe von chronischen Klappenkrankheiten. Namentlich bei diesen Herzfehlern verdienen solche akuten Dilatationen weit mehr Berücksichtigung; Verf. hofft, dass ihre Kenntnis das Verständnis bringen wird für die ganz verschieden starke Ausbildung der Hypertrophie bei den einzelnen Vitien; denn die bisher geläufige Art, alle Herzerkrankungen als Folge der durch den Klappenfehler gesetzten mechanischen Strömungsbehinderung aufzufassen, versagt oft, so z. B. in der Frage nach der Hypertrophie des linken Ventrikels bei Mitralklappenstenose.

Das folgende Kapitel bringt eine Reihe von Einzelbeobachtungen, welche das Vorkommen akuter Dilatationen im Verlaufe akuter Infektionskrankheiten, namentlich Typhus, Diphtherie und Pneumonie, demonstrieren und zur Erörterung zahlreicher Specialfragen Anlass geben.

Im letzten Abschnitte wird die Deutung des Kardiogramms behandelt. Nach kritischer Besprechung der bisherigen Methoden und Resultate berichtet H. über eigene Untersuchungen, die zum Theil Kontrolle der Methode (Luftübertragung, Markirung u. A.), zum Theil die Bestimmung der Herzphasen auf dem Kardiogramm betreffen. In letzterer Hinsicht kommt H. zu ganz ähnlichen Resultaten wie Hürthle, Fredericq Einthoven u. A., dass nämlich der Blutausfluss etwa in der Mitte des aufsteigenden Schenkels beginnt, dass der 2. Ton kurz hinter den Beginn des absteigenden Schenkels fällt. Verf. kommt zu diesen Schlüssen hauptsächlich durch Verwerthung solcher Fälle, in denen Theile der Pulmonalarterie (bei Mitralklappenfehlern) oder der Aorta dicht am Herzen (bei Atherom) der graphischen Registrirung zugänglich waren.

Im Ganzen enthält das Buch eine Menge von planmäßig gesammeltem klinischem Material, das bei weiteren Bearbeitungen der Lehre von der Dilatation und Hypertrophie des Herzens wesentliche Berücksichtigung verdient.

D. Gerhardt (Straßburg i/E.).

37. H. Claude. Cancer et tuberculose. (Les actualités méd.)  
Paris, Baillière & fils, 1900. 93 S.

Während die Beziehungen des Krebses zur Syphilis ziemlich genau bekannt sind, blieben jene zur Tuberkulose bisher fast ganz außer Betracht. Verf. füllt diese Lücke aus und handelt zuerst über den Krebs, der sich auf dem Boden der Tuberkulose entwickelt, dann über verschiedene Formen dieser Association, über tuberkulöse Krebse bzw. Neoplasmen und schließlich über pathogene Beziehungen der beiden Affektionen: Krebse finden sich selten bei Tuberkulösen, häufig bei Arthritikern, die ihrerseits wieder selten tuberkulös werden.

Gumprecht (Jena).

**38. B. v. Fetzner. Lungentuberkulose und Heilstättenbehandlung.**

Stuttgart, F. Enke, 1900. 82 S.

Die Abschnitte des Buches stellen dar: die Tuberkulose als Volksseuche, als Infektionskrankheit, als erbliche Krankheit, als heilbare Krankheit, die Heilstättenbestrebungen in Deutschland, die Kurerfolge, die sociale Bedeutung der Heilstätten. Über die Kurerfolge benutzt der Verf. als einzigen Maßstab die Berichte der Hanseatischen Anstalt; er schließt mit einer Reihe legislatorischer Vorschläge und allgemein socialer Betrachtungen. Gumprecht (Jena).

**39. Gräupner. Über Bäderkuren in Bad Nauheim bei Herzkranken.**

Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1900. 62 S.

G. sieht die Bedeutung der Nauheimer Bäder in ihrer Begünstigung der »Reaktionswirkung«. Die Reaktion schließt den Heilungsvorgang in sich, der dadurch gekennzeichnet ist, dass die außerwesentliche Kraftleistung zwar herabgesetzt (Sinken der  $\text{CO}_2$ -Abgabe), die innerwesentliche Körperarbeit (Stoffersatz, Stoffanbildung, Trophik) erhöht ist, so dass nach Beendigung der Reaktion der Körper zu desto größerer Kraftabgabe und zu desto größerer Kraftleistung befähigt ist. Gumprecht (Jena).

**40. H. Roger et P. Josué. La moelle osseuse.**

Paris, Masson &amp; Co., 1899. 36 S.

Die kleine Schrift erscheint als ein Bestandtheil klinischer Monographien über brennende Fragen der Medicin, Chirurgie und Biologie. Die Verff. betrachten das Knochenmark im Normalzustande und bei Infektionen. Experimentell lässt sich durch Infektionen mit Staphylokokken eine Zunahme von Eiweiß und Wasser im thierischen Knochenmarke und eine Abnahme von Fett zu Stande bringen. Auch das Knochenmark des Menschen reagirt ähnlich gegenüber vielen Infektionen, namentlich bei Pocken, Flecktyphus, Sepsis, weniger oder gar nicht bei Diphtherie und Scharlach. Gumprecht (Jena).

**41. E. Albrecht. Vorfragen der Biologie.**

Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1900. 96 S.

Die Schrift zerfällt in 3 Theile: Zuerst macht Verf. aufmerksam auf die Bedeutung erkenntnistheoretischer Betrachtungen für die biologischen Probleme, alsdann vertheidigt er gegenüber dem Neovitalismus die Berechtigung und Zulänglichkeit der mechanischen Auffassungs- und Untersuchungsweise für die Erklärung der Ursachenzusammenhänge in den Lebewesen, und schließlich führt er aus, dass aus all den vitalistischen Versuchen eine Frage herausfindbar ist, die dem Mechanisten sich nicht stellt, welche aber vielleicht gerade den tieferen Grund und eigentlichen Gegenstand der Meinungsdivergenz bildet, das ist das Problem der lebenden Form: Die direkt von uns wahrgenommene Form des Organismus und seiner Leistungen aus denn achweisbaren chemischen und physikalischen Processen zu »erklären«, sei erkenntnistheoretisch unmöglich, und diese Erkenntnisgrenze liege für alles Zurückführen von Erscheinungen auf ihre Theilerscheinungen, auch von Vorgängen der anorganischen Natur auf deren physikalisches und chemisches »Wesen« vor. F. Schenck (Würzburg).

**42. v. Notthafft. Taschenbuch der Untersuchungsmethoden und Therapie für Dermatologen und Urologen.**

München, Seitz &amp; Schauer, 1900.

Verf. glaubt, wie er in dem Vorworte betont, einem von Manchem gefühlten praktischen Bedürfnisse zu entsprechen, wenn er in handlicher Form ein Büchlein herausgibt, welches bestimmt ist, den Ärzten für Krankheiten der Haut und der Harn- und Sexualorgane gewisse diagnostische und therapeutische Anhaltspunkte zu geben. Den breitesten Raum nehmen die Kapitel über die bei Krankheiten der Haut und Harnwege gewöhnlich verwendeten Arzneimittel und die Behandlung

## Therapie.

### 43. A. Richter. Beiträge zur Behandlung des chronischen Magengeschwürs.

(Zeitschrift für diätet. u. physikal. Therapie Bd. III. Hft. 8.)

Verf. bespricht eingehend einen von ihm beobachteten und vor 30 Monaten zur Heilung gebrachten Fall von Magengeschwür bei einer Bluterin. Während das Leiden der Pat. bisher allen anderen Behandlungsmethoden aufs hartnäckigste getrotzt hatte, wurde durch eine, längere Zeit fortgesetzte Rectalernährung, verbunden mit einer methodisch eingeleiteten Milchkur (mit Zusatz von Kalkwasser) schließlich die Genesung herbeigeführt.

Im Anschlusse daran bespricht Verf. kurz seine Therapie beim Magengeschwür. Maßgebend ist für ihn bei der Behandlung der Geschwüre in erster Linie der Schleimgehalt des Magens. Gehen die Geschwüre mit schleimabsondernden Magenkatarrhen einher, so sollte nach Verf. nur die Leube-Ziemssen'sche Methode in Anwendung kommen. In Fällen, wo Bettruhe nicht eingehalten werden kann, und die Breiumschläge wegfallen müssen, hat Verf. stets mit dem Karlsbader Wasser bessere Erfolge erzielt, als mit Argentum und Bismuth, und zwar beruhen dieselben auf der die Salzsäuresekretion herabsetzenden und schleimlösenden Doppelwirkung des Karlsbader Wassers. Ist dagegen der Geschwürsgrund rein und die Magenwand frei von Schleim zu denken, besteht ferner eine gewisse Hyperästhesie der sensiblen Magennerven und eine kaum vermehrte Salzsäuresekretion, so wird mit Erfolg Argentum nitr. in Lösung angewandt, das neben seiner durch Fällung von Chlorsilber salzsäurevermindernden noch eine schmerzlindernde Wirkung entfaltet.

Bevor mit diesen Kuren begonnen wird, verordnet Verf. nach Blutungen zunächst 2 Tage absolute Enthaltensamkeit per os, darauf folgen dann 3 Tage mit strengster Schonungsdiät, bis schließlich, falls nothwendig, wieder 2—3 Tage lang Ernährungsklystiere verabreicht werden. **H. Bosse** (Riga).

### 44. L. Fürst. Zur Ernährungsfrage bei Ulcus ventriculi.

(Zeitschrift für diätet. u. physikal. Therapie Bd. III. Hft. 6.)

Verf. unterscheidet in diätetischer Beziehung 3 Stadien des pathologischen Processes. Im 1. Stadium, welches durch Symptome ausgezeichnet ist, die auf das Entstehen eines Uleus hinweisen (Druck in der Magengegend, der sich bis zu krampfhaften Schmerzen steigern kann und bei leerem Magen nachlässt), verordnet er den Pat. — vorwiegend jungen, chlorotischen Mädchen — folgende, streng einzuhaltende Diät: Früh  $\frac{1}{4}$  Liter reine Kuh- oder Backhausmilch nebst 2 gut eingeweichten Zwiebacken; Vormittags ein weiches Ei und magere Bouillon; Mittags schleimige Suppen oder leichte Mehlspeisen und Abends Hafermehlsuppe mit Ei. Oft heilt das entstehende Geschwür bei dieser Diät aus, vertieft es sich aber und schreitet vorwärts, so steht man vor dem 2. Stadium, in welchem die Möglichkeit einer plötzlichen Magenblutung vorliegt. Sowohl jetzt, als auch wenn die Blutung schon eingetreten ist, hat man für möglichst abstinente Diät zu sorgen, die nur gerade hinreicht, um den Organismus einige Wochen zu halten. Verf. beginnt mit Eismilch (theelöffelweise) und geht allmählich zu gekühltem Graupenschleim über. Erst nach 4—5 Tagen giebt er Eigelée, Weizengries und Tapiokabrei, der

gleichfalls kühl gereicht werde. Als Getränk empfiehlt Verf. gut vorgegorenen Malzextrakt.

Im 3. Stadium handelt es sich darum, die Vernarbung nicht zu stören und den Magen wieder die normale Kost ohne Beschwerden verdauen zu lehren; hier hat Verf. mit großem Erfolge Nestlé's Kindermehl in Breiform gereicht, das mit Vorliebe von den Pat. genommen wird. Nach 2—3 Wochen erhalten dieselben dann neben dem Nestlébrei noch Cakes, Toaste und allmählich Zwieback. Von Suppen wird den Kranken zunächst Gries-, Sago- und Hafermehlsuppe mit einigen Tropfen Maggiwürze gereicht, worauf man dann stufenweise zur gewohnten Kost übergeht.

Mit obiger Diät hat Verf. alle in den letzten 5 Jahren beobachteten Fälle von Magengeschwür ohne Störung und, wie er meint, dauernd geheilt.

H. Bosse (Riga).

#### 15. C. Schwarz (Agram). Beiträge zur Pathologie und chirurgischen Therapie des penetrierenden Magengeschwüres.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. V. Hft. 4 u. 5.)

Nach Leube bilden deutlich fühlbare, mehr oder weniger tumorartige, entzündliche Verdichtungen am Magen, die im Verlaufe eines runden Magengeschwüres auftreten, eine absolute Indikation für die Operation, während nicht fühlbare Verwachsungen Gegenstand der inneren Behandlung bleiben. Dem gegenüber betont S., dass die Tastbarkeit der perigastrischen Verwachsungen durchaus keinen untrüglichen Maßstab für die klinische Bedeutung derselben darstelle.

Bei dem Zustandekommen des zuerst von Hofmeister treffend gezeichneten Krankheitsbildes komme überhaupt diesen Verwachsungen keine größere Bedeutung zu; dieselben seien nur anatomischer Nebenfund, und die unerträglichen Schmerzen der Kranken seien bedingt durch das Übergreifen, das Eindringen des Magengeschwüres in die Nachbarorgane, Bauchwand, Leber, Pankreas, Milz, durch die peptische Zerstörung dieser Organe. S. spricht deshalb — im Gegensatz zu den in die Bauchhöhle frei perforirenden Magengeschwüren — von penetrierenden Magengeschwüren, Magen-Bauchwandgeschwüren, Magen-Lebergeschwüren, Magen-Pankreasgeschwüren und versucht auf Grund des vorliegenden Materiales (Übersicht über 10 bisher operirte Fälle und 3 eigene Beobachtungen) ein zusammenhängendes Bild dieser Geschwüre zu geben.

1) Magen-Bauchwandgeschwüre: Unter Steigerung der Magenbeschwerden entwickelt sich allmählich ein in der linken Regio epigastrica, meist ziemlich knapp unter dem linken Rippenbogen liegender, sehr schmerzhafter, unbeweglicher, mit der Bauchwand verwachsener Tumor. Die Schmerzen, in der Tumorgegend lokalisiert, halten nun meist beständig an, nach der Nahrungsaufnahme exacerbirend. Therapie: ausschließlich chirurgisch; segmentäre Resektion der vom Ulcus ergriffenen Magenpartie, wonach die tumorartige Infiltration der Bauchwandung von selbst schwindet. In sämtlichen 10 hierher gehörigen Fällen war die Operation von Erfolg begleitet.

2) Magen-Lebergeschwüre (2 Beobachtungen des Verf.): unter Umständen diagnostizierbar. Leichte Vorwölbung der linken Regio epigastrica, linker M. rectus stärker gespannt als der rechte, dahinter Resistenz von glatter Oberfläche, der Lage des linken Leberlappens entsprechend. Dieselbe bleibt bei der Magenaufblähung, die keine Magenerweiterung erkennen lässt, gleich groß, gleich gut fühlbar und unverschoben. Hier wird der spontane Schmerz lokalisiert und ist auch jeder Druck sehr schmerzhaft. Im 1. Falle prompter Effekt der Operation; der 2. Fall wurde nach vergeblicher 2maliger Operation durch Wismuthbehandlung in bemerkenswerther Weise gebessert.

3) Magen-Pankreasgeschwüre, die zu den häufigsten der penetrierenden peptischen Geschwüre zu gehören scheinen, sind vorläufig der Diagnostik unzugänglich  
Einhorn (München).

#### 46. A. Frank. Die Erfolge der operativen Behandlung der chronischen Bauchfelltuberkulose und verwandter Zustände.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 1 u. 2.)

F. stellt aus der Czerny'schen Klinik 63 operativ behandelte Fälle von Peritonealtuberkulose zusammen. Danach giebt die exsudative Form (41 Fälle) die beste Prognose, ca. 40—50% definitive Heilungen. Die adhäsive Form (19 Fälle) zeigt eine schwere Prognose, indem nur höchstens 25% der Operirten zur Heilung gelangen. Eine sehr trübe Prognose scheint bei ulcerös suppurativen Formen gestellt werden zu müssen (3 Fälle). Sowohl bei der exsudativen, als auch bei der adhäsiven Form findet sich die größte Anzahl von Heilungen bei den von dem weiblichen Genitalien ausgehenden und mit Adnexentfernung behandelten Fällen, indem von diesen im ersten Falle ca. 75%, im letzten vielleicht 50% zur Heilung kommen.

Der Versuch der Erleichterung des Zustandes des Pat. bei peritonealen Stenosenerscheinungen durch Laparotomie und Enteroanastomose erscheint gerechtfertigt, wenn auch die Erfolge viel zu wünschen übrig lassen. Eine überaus trübe Prognose ergeben die tuberkulösen Kothfisteln. Bei den mit peritonealer Tuberkulose verbundenen Fällen von Ovarialkystomen (5 Fälle) lässt sich zur Zeit keine sichere Prognose stellen.

Weitere 8 Fälle von tuberkulöser Peritonitis wurden intern behandelt: Roborantien in Verbindung mit Anregung der Hautthätigkeit durch Bäder, Einpackungen, Schmierseifeneinreibungen, lokale Applikation eines Gemisches von Jodkalisalbe und Sapo Kal. Die Diagnose erscheint in allen diesen Fällen als gut begründet.

Die Erfolge waren recht gute und mahnen, die Wirksamkeit der inneren Behandlung nicht zu gering zu schätzen. Jedenfalls kann es nach einfacher Punction zur Ausheilung der Peritonitis tuberculosa kommen. 3 Pat. befinden sich über 3 Jahre vollkommen wohl. 2 Pat. 1½ Jahr und 10 Monate nach der Entlassung. 3 Pat. erlagen dem Leiden.

Zum Zwecke des Vergleiches der Dauererfolge wäre eine genaue Zusammenstellung der nicht operativ behandelten Fälle, mit Einschluss derjenigen, bei welchen die Abdominalpunktion vorgenommen wurde, überaus wünschenswerth.

Einhorn (München).

#### 47. J. Herzfeld. Zur chirurgischen Behandlung der tuberkulösen Bauchfellentzündung.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. V. Hft. 2.)

Im Urban-Krankenhaus zu Berlin gelangten in den Jahren 1890—1898 29 Fälle von tuberkulöser Peritonitis zur Beobachtung. Bei sämmtlichen wurde die einfache Eröffnung der Bauchhöhle ausgeführt und 18mal (in 62%) Heilung erzielt. Die Krankengeschichten sämmtlicher Fälle werden mitgetheilt.

Ein geheilter Fall, der 2mal laparotomirt werden musste, kam 8 Monate nach der 2. Operation zur Sektion: Das Peritoneum zeigte ganz vereinzelte, kleine, derbe, schwarze Knötchen (mikroskopisch subserös gelegene tuberkulöse Lymphdrüsen). Sonst war das Peritoneum völlig sart und glatt. Demnach kann die Heilung schon nach 1½ Jahr abgeschlossen sein und kann im Gegensatz zu der von v. Winckel ausgesprochenen Ansicht auch in denjenigen Fällen noch eintreten, wo die Erscheinungen nach der ersten Laparotomie nicht zurückgehen und ein zweiter Eingriff nöthig wird.

Bei einem 2. geheilten Falle fand sich 4½ Jahre nach der Operation das Peritoneum vollkommen glatt. (Tod an Lungenphthise.)

Der nach der Operation bei den übrigen als geheilt bezeichneten Fällen verflossene Zeitraum schwankt zwischen 7 Jahren und 3 Monaten.

Einhorn (München).

## S. A. Tietze (Breslau). Die chirurgische Behandlung der akuten Peritonitis.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. V. Hft. 1.)

T. bespricht zunächst unter Zugrundelegung der von Grawitz aufgestellten Sätze die Ursachen der Peritonitis und beantwortet die Frage: Welche Fälle sollen oder dürfen wir operiren? folgendermaßen:

1) Die Wirkung des chirurgischen Eingriffes bei der Peritonitis beruht (neben der Entspannung der Bauchdecken und Herstellung normaler Cirkulationsverhältnisse) vornehmlich auf der Entleerung vorhandenen infektiösen (toxischen) Exsudates, so wie auf der Möglichkeit, durch Drainage oder Jodoformgasetaмпonade eine beginnende Entzündung auf ihren Herd zu beschränken.

2) Der Eingriff ist daher indicirt bei dem Nachweise eines solchen Exsudates — und zwar sowohl bei den diffusen, als bei den circumscribten Formen.

3) Ganz ohne Rücksicht auf ein vorhandenes oder fehlendes Exsudat ist der Eingriff vorzunehmen in den ersten Stadien der Perforationsperitonitis im engeren Sinne, der traumatischen und postoperativen Peritonitis. Eine beginnende septische Peritonitis (im Sinne von Mikulicz) erscheint unter diesen Bedingungen heilbar.

4) Dagegen ist eine bereits vorgeschrittene diffuse septische Peritonitis nicht Gegenstand eines chirurgischen Eingriffes.

5) Von der diffusen septischen Entzündung zu trennen sind diejenigen »trockenen« Formen, welche zwar auch mit diffusen Reizerscheinungen von Seiten des Peritoneums, aber ohne Mitbetheiligung des Gesamtorganismus (Intoxikation) verlaufen. Auch sie sind nicht Gegenstand einer Operation.

6) Nicht Gegenstand einer Operation sind auch alle jene Fälle, in denen die Allgemeininfektion so weit vorgeschritten ist, dass der Eingriff von vorn herein als aussichtslos erscheint.

Von den von T. aus der Mikulicz'schen Klinik mitgetheilten 25 Fällen, die mit Ausnahme von 2 die verschiedenen Formen allgemeiner Peritonitis betreffen, wurden 14 durch die Operation geheilt. Einhorn (München).

## 49. E. Goldscheider (Karlsbad). Ein auf operativem Wege zur Heilung gebrachter Fall von fibrinös-jauchig-eitriger allgemeiner Peritonitis.

(Prager med. Wochenschrift 1899. No. 26 u. 27.)

Die Erscheinungen bestanden anscheinend nach Reposition einer Hernie seit 24 Stunden. Starker Collaps, große Eiterung namentlich im kleinen Becken mit Kothaustritt aus einer bohngroßen Öffnung im Dünndarme. Im Heilungsverlaufe jauchiger Bauchwandabscess und Darmfistel. Bei der Laparotomie wurde besonderes Gewicht auf das Abreiben der Exsudatmembranen von den Darmschlingen gelegt. Friedel Pick (Prag).

## 50. A. Schreiber. Zur chirurgischen Behandlung des Ileus.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. LXVI.)

Die Arbeit bringt im Wesentlichen eine eingehende Besprechung der Ätiologie, Symptome und Therapie des Ileus, unter eingehender Benützung der Literatur und mit Beifügung einer großen Reihe eigener Beobachtungen aus dem Augsburger Spital. Sie behandelt vorwiegend chirurgische Fragen.

Für die interne Medicin ist von Interesse, dass Verf. auch beim Ileus in Folge von Peritonitis zur (frühzeitigen!) Operation rät, so lange die Peritonitis noch circumscribt sei.

Im Allgemeinen vertritt Verf. die Ansicht, dass bei jedem Ileus von Anfang an die Operation zur Diskussion zu stellen sei, er theilt Kocher's Meinung, dass nichtoperative Behandlung nur bei Obturations- und dynamischem Ileus und nur da eintreten habe, wo Strangulation sicher auszuschließen sei. Sonst soll bei jedem Ileus, wenn nur irgend der Kräftezustand es erlaubt, operirt werden.

D. Gerhardt (Straßburg i/E.).

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. V. Hft. 4 u. 5.)

Die wichtigste Frage bei dem Bestehen eines Ileus bildet die Entscheidung, ob ein Strangulationsileus oder ein Obturationsileus vorliegt. Die klinischen Bilder dieser beiden Kategorien werden von Z. im Anschlusse an die Arbeiten der v. Wahl'schen Schule in außerordentlich klarer Darstellung gezeichnet, gegen einander abgegrenzt und durch die Mittheilung von 17 eingehenden Krankengeschichten illustriert. Die Diagnostik des Ortes und der Natur des Hindernisses wird, unseren heutigen Kenntnissen entsprechend, eingehend erörtert.

Alle Fälle von Darmstrangulation erheischen eine sofortige Operation; selbst der schwerste Chok bildet keine Kontraindikation, da derselbe durch die Einklemmung selbst bedingt, durch ihre Intensität beeinflusst ist.

Beim Obturationsileus ist der Versuch einer nichtoperativen Behandlung gestattet, so fern die specielle Diagnose nicht gestellt ist und ein befriedigender Allgemeinzustand, vor Allem eine noch gute Hersthätigkeit, das Zuwarten gestattet; jedoch ist die Entscheidung über die Nothwendigkeit einer Operation spätestens vor Ablauf von 2mal 24 Stunden zu treffen.

Ein sich in späterer Periode entwickelnder, von andauernder Undurchgängigkeit abhängiger Collaps bildet keine unbedingte Kontraindikation, eben so wenig eine sekundäre Peritonitis.

Der Anus praeternaturalis hat seine Indikation bei einigen Formen von Obturation (chronischer Stenose, Neoplasma), bei bekannter Lage und Art des Hindernisses. Bei allen Formen von Strangulation, so wie bei Obturation ohne specielle Diagnose ist die Laparotomie mit Aufsuchen des Hindernisses angezeigt.

**Einhorn (München).**

## 52. A. Jacobi, Griffith, Holt, L. Fischer, E. Graham. Treatment of summer diarrhoea in infants.

(Therapeutic gazette 1899. August.)

Die therapeutische Zeitung hat in ihrer Augustnummer das seitgemäße Thema der Kinderdarmkatarrhe durch die bekanntesten Kinderärzte von Nordamerika behandeln lassen. Die Behandlung weicht von der unsrigen nicht wesentlich ab; Kalomel und andere Antiseptica werden empfohlen, Opium und Klystiere können nicht ganz entbehrt werden; auch Magenspülungen, namentlich im Beginne, werden mit Nutzen vorgenommen.

**Gumprecht (Jena).**

## 53. Kolly. Klinische Beobachtungen über Ichthalbin bei Darmkrankheiten.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 17.)

Die an einem größeren Beobachtungsmaterial in der Heidelberger Poliklinik mit dem Ichthalbin bei Darmkrankheiten erzielten Erfolge fasst K. dahin zusammen, dass Ichthalbin in Dosen bis zu 8,0 pro die ohne Schaden lange Zeit gern genommen wird und selbst in solchen Dosen keine Verstopfung, noch Reizerscheinungen von Seiten des Darmes oder der Nieren hervorruft. Schon in Dosen von 3mal 0,3—0,5 hebt es den Appetit und das Körpergewicht, in größeren von 1,5—3,0 vermindert es die Fäulnisvorgänge im Darne allmählich. Dieselben Dosen haben einen günstigen Einfluss sowohl auf einfache chronische Enteritis, als auf solche Fälle, die mit Peritonitis oder Tuberkulose complicirt sind. Die subakuten, nicht die akuten Magen- und Darmkatarrhe wurden zum Theil günstig beeinflusst. Die Dosirung beträgt bei Kindern unter einem Jahre 3mal 0,3 bis 0,5, bei älteren 3mal 0,5—1,0.

**Markwald (Gießen).**

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. Dr. H. Unverricht* in Magdeburg-Sudenburg (Leipzigerstr. 44), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

# Centralblatt für INNERE MEDICIN

herausgegeben von

ins, Gerhardt, v. Leube, v. Leyden, v. Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,  
onn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,  
redigirt von H. Unverricht in Magdeburg.

~~~~~  
Einundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger
Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 26.

Sonnabend, den 30. Juni.

1900.

Inhalt: E. Fromm, Welche klinische Bedeutung besitzen ephemere, auf den Auf-
nahmetag im Krankenhaus beschränkte, Temperatursteigerungen? (Original-Mittheilung.)

1. Riegel, 2. Pfandler, Magensekretion. — 3. Jürgensen und Justesen, Säure-
abscheidung des Magens. — 4. Roth, Pepsinabsonderung bei Magenkrankungen. —
Pfeiffer und Sommer, Resorption wässriger Salzlösungen. — 6. Jemma, Künstliche
Verdauung. — 7. Hansy, Angeborene stenosierende Pylorushypertrophie. — 8. Pal, Ein-
fluss des Splanchnicus auf den Dünndarm. — 9. Westermarck, Dünndarmsarkom. —
10. Sklodowski, Dünndarmverengung. — 11. Bentivegna, Nervenveränderungen bei
Darmverschluss. — 12. v. Engel, Auftreten von Nierenelementen bei Darmstenosen. —
13. Wechsberg, Darminvagination. — 14. Nothnagel, Peritonitische Schmerzen. —
15. Bayer, Meteorismus. — 16. Stiller, Enteroptose und nervöse Dyspepsie.

Berichte: 17. Berliner Verein für innere Medicin.

Bücher-Anzeigen: 18. Lenhartz, Mikroskope und Chemie am Krankenbett. —
19. Triboulet und Ceyon, Der Gelenkrheumatismus. — 20. Beier, Die Untersuchung
des Harns und sein Verhalten bei Krankheiten. — 21. State, Die schmerzhafteste Form
der Akromegalia. — 22. Ughetti, Zwischen Ärzten und Klienten.

Therapie: 23. Rubner und Heubner, 24. Cramer, Säuglingsernährung. — 25. Czerny,
Kräftige Kost. — 26. Guccicardello, Fleischnahrung bei Kindern. — 27. Virchow,
Plasmon. — 28. Coulthard, Nährklystiere. — 29. Jacobs, Rectalernährung. — 30. Geb-
bart, Beeinflussung der Resorption im Dünndarm durch Adstringentien. — 31. Kisch,
Diätetische Behandlung der Frauen in der Menopause. — 32. Biedert, Versuchsanstalt
für Ernährung. — 33. Thiercelin und Chevrey, Bierhefe bei Gastroenteritis. — 34. Dürf-
er, Behandlung der chronischen Obstipation im Kindesalter.

Aus der III. med. Klinik der kgl. Charité. Direktor Geh.-Rath Prof.
Senator.)

Welche klinische Bedeutung besitzen ephemere,
auf den Aufnahmetag im Krankenhaus beschränkte,
Temperatursteigerungen?

Von
Eugen Fromm.

Nicht allzu selten kann man in Krankenhäusern die Beobachtung
machen, dass eingelieferte Kranke zur Zeit der Aufnahme und in
den nächsten 24 Stunden Fiebererscheinungen zeigen, die auch ohne

medikamentösen oder sonstigen therapeutischen Eingriff alsbald verschwinden und in den folgenden Tagen bezw. Wochen nicht mehr wiederkommen. Man hat diese Art von ephemeren Fieber wohl als »Aufnahmefieber« bezeichnet.

Über die Bedeutung solcher Fieberzustände weiß man zur Zeit nichts Bestimmtes. Man kann nur sagen, dass sich die Temperatur des betr. Pat. in einem labilen Zustand befand, der Art, dass entweder der Insult des Transportes genügt hat, um ein kurzdauerndes Fieber zu erzeugen, oder dass eine febrile Krankheit mit der Überbringung des Pat. ins Krankenhaus ihr fieberhaftes Stadium beendet hat. Es ist nicht bekannt, ob bestimmte Krankheiten in besonderem Grade zu solchem ephemeren »Aufnahmefieber« disponiren, und man hat auch meines Wissens derartige Untersuchungen noch nicht gemacht, trotzdem a priori die Möglichkeit nicht geleugnet werden kann, dass bei einer solchen Untersuchung eventuell gewisse, für die Diagnose brauchbare, Winke gewonnen werden könnten.

Aus diesem Grunde hat mich Herr Oberarzt Privatdocent Dr. Strauß beauftragt, mehrere Jahrgänge der Krankengeschichten der III. med. Klinik nach Temperatursteigerungen, die den Charakter des Aufnahmefiebers tragen, zu durchforschen und hauptsächlich festzustellen, welche Krankheiten am häufigsten mit Aufnahmefieber einhergehen. Herr Dr. Strauß ging dabei speciell von der Absicht aus, die Resultate einer solchen Aufstellung dahin zu prüfen, ob unter den Fällen von Aufnahmefieber die Fälle von Lungentuberkulose einen besonders großen Procentsatz darstellen und ob es möglich wäre, daraus einen Gewinn für die Diagnose zu ziehen.

Bei der bekannten Labilität der Temperatur von Tuberkulösen ist eine solche Frage von vorn herein gerechtfertigt, und ich habe zu diesem Zwecke etwas mehr als 2000 Krankengeschichten der III. med. Klinik durchgesehen, um 100 Fälle von Aufnahmefieber zusammenzustellen, deren Vertheilung auf einzelne Krankheiten und Krankheitsgruppen ich in folgendem mittheilen will.

Diese 100 Fälle, die ohne Wahl aus den Krankengeschichten der letzten 2½ Jahre zusammengestellt sind, erstrecken sich auf folgende Krankheiten:

| | Temperatur |
|---|--------------|
| 1) Krankheiten des Respirationsapparates und der Pleura | 49 |
| a. Phthisis pulmonum | 24 37,9—39,2 |
| b. Bronchitis | 10 37,9—38,9 |
| c. Pleuritis | 10 37,9—39,0 |
| d. Lungenemphysem | 3 37,9—40,3 |
| e. Pneumonie | 2 37,9—38,7 |
| 2) Gelenk- und Muskelrheumatismus | 14 37,9—39,0 |
| 3) Magendarmerkrankungen | 9 37,9—39,5 |
| 4) Influenza | 6 37,9—39,4 |
| 5) Neurosen und Psychosen | 4 37,9—38,4 |

| | | Temperatur |
|---------------------------------------|---|------------|
| 6) Äußere Erkrankungen | 4 | 37,9—39,4 |
| 7) Herzfehler | 3 | 37,9—38,0 |
| 8) Konstitutionskrankheiten | 5 | 38,0—38,2 |
| 9) Nierenkrankheiten | 3 | 37,9—39,2 |
| 10) Gallensteinkolik | 2 | 38,5—40,0 |
| 11) Bleikolik | 2 | 37,9—38,0 |
| 12) Trunkenheit | 1 | 38,3 |

Die Dauer der Temperatursteigerung erstreckte sich bei den Phthisen in 13 Fällen auf 12 Stunden, in 8 auf 24, und in 3 auf 48, bei den übrigen Erkrankungen fast durchweg auf 12 Stunden.

Unter den mitgetheilten Fällen machen die Affektionen des Respirationsapparates fast die Hälfte aus; obenan stehen die sicheren Fälle von Phthisis pulmonum, welche $\frac{1}{4}$ des Ganzen ausmachen, und auch von den Fällen von Bronchitis und Pleuritis dürfte mancher tuberkulös gewesen sein. Unter den übrigen Fällen erscheinen in nennenswerther Anzahl nur febrile Gelenk- und Muskelrheumatismen so wie febrile Magendarmerkrankungen, andere Krankheiten finden sich in der Tabelle nur selten vertreten.

Die Thatsache, dass gerade Phthisiker in besonderem Grade zu ephemeren Aufnahmeieber neigen, ist wichtig und erinnert bis zu einem gewissen Grade an Beobachtungen von Penzoldt (1) und Höchstetter (2). Letzterer hat in seiner von Penzoldt veranlassten Dissertation über »Einwirkung der Bewegung auf die Temperatur der fieberfreien Lungentuberkulösen« gezeigt, dass nach einem Marsche von mehreren Kilometern in der Ebene die durchschnittliche Differenz der Abgangs- und Ankunfts-temperatur bei tuberkulösen Versuchspersonen $0,9^{\circ}$, bei den gesunden Kontrollpersonen $0,54^{\circ}$ betrug. Diese Beobachtung hat Penzoldt als für die Praxis beachtenswerth bezeichnet.

Wie nun der Phthisiker auf angestrengte Körperbewegung mit einer febrilen Temperatursteigerung reagirt, deren pathologische Ursache Höchstetter in der Wirkung der durch die Bewegung in den Kreislauf gelangten, von einem tuberkulösen Herde stammenden, Giftstoffe sieht, so kann die labile Temperatur desselben auch durch andere Faktoren mehr beeinflusst werden als die Körperwärme anderer Kranker. Zu diesen Faktoren rechnen wir auch den Gang resp. den Transport zum Krankenhause und innerhalb des letzteren die Verpflanzung in die für die Psyche des Pat. nicht gleichgültige ungewohnte Umgebung.

In dieser Weise möchten wir eine Reihe unserer Beobachtungen an Tuberkulösen erklären und für eine andere Reihe hervorheben, dass die Verpflanzung in die ruhigen Verhältnisse des Krankenhauses, in eine gute Pflege etc., ein vorhandenes Fieber rasch zum Schwinden bringt. Wichtiger als die Erklärung ist uns aber die Thatsache an sich, denn sie kann innerhalb gewisser Grenzen eine diagnostische Verwendung finden. Nicht etwa in der Form, als ob das Vorhanden-

sein von Aufnahmeieber ohne Weiteres die Diagnose auf latente Phthise zulässt, sondern in der Form, dass ein vorhandenes Aufnahmeieber in zweifelhaften Fällen geeignet ist, die bereits anderweitig nahegelegte Diagnose auf Tuberkulose zu stützen, wenn das Aufnahmeieber nicht durch andere, der Diagnose leicht zugängliche, krankhafte Zustände bedingt ist. In diesem Sinne möchte ich auch nur diese Mittheilungen aufgefasst wissen, denn es kommt mir bei diesen zunächst nur darauf an, die Thatsache festzustellen, dass unter den Fällen von Aufnahmeieber, deren Ätiologie nicht manifest ist, die Tuberkulose einen relativ hohen Procentsatz ausmacht.

Herrn Geh.-Rath Senator danke ich für die gütige Überlassung der Krankengeschichten bestens und Herrn Privatdocenten Dr. Strauß für die Anregung zu dieser Mittheilung.

Litteratur:

- 1) Penzoldt-Stintzing, Handbuch der Therapie innerer Krankheiten, III. Jena, Fischer.
- 2) Höchstetter, Dissertation, Erlangen 1894.

1. F. Riegel. Zur Prüfung der sekretorischen Kräfte des Magens. (Aus der medicinischen Klinik zu Gießen.)

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 45.)

Bei vergleichenden Untersuchungen über den Einfluss des Probefrühstücks und Probemittagsmahls auf die Sekretion des Magens fand R. in einer Anzahl von Fällen, dass zwar das erstere eine ausreichende Saftsekretion hervorrief, in so fern stets eine mehr oder minder große Menge freier Salzsäure vorhanden war, dass aber bei Anwendung des letzteren die Bildung freier Salzsäure nicht eintrat. Es folgt hieraus, dass aus den Ergebnissen des Probefrühstücks nicht unbedingt auf eine genügende Leistungsfähigkeit des Magens zu schließen ist, der unter Umständen auf den leichteren Reiz des Frühstücks eine ausreichende sekretorische Kraft entwickeln, auf den stärkeren des Mittagmahls dagegen nur in ungenügender Weise reagieren kann.

Im Gegensatz zu diesem, mehrfach von ihm nachgewiesenen Verhalten hat R. auch einen Fall beobachtet, in welchem der Magen auf das Probefrühstück mit mangelhafter Saftsekretion reagierte, während er bei dem Probemittagsmahle noch genügende Saftmenge bis zur Bildung freier HCl absonderte. Eine Erklärung für dies paradoxe Verhalten sieht er in dem Berufe des betreffenden Pat. als Koch. Seine Digestions- und Geschmacksorgane waren an starke Reize gewöhnt, so dass weder das Kauen von Citronenschalen noch von Beefsteak eine Magensaftsekretion zur Folge hatte, wie sie nach den Untersuchungen Troller's aus der Gießener Klinik reflektorisch durch den Kauakt allein hervorgerufen wird. Dagegen reagierten die Magendrüsen noch auf direkte, aber nur stärkere Reize, wie sie durch

das Mittagsmahl gegeben waren, nicht aber, oder nur ungenügend auf das reizlose Probefrühstück.

Es ergibt sich daraus, dass nicht jede Hypochylia gastrica ohne Weiteres auf eine Störung des Magens zu beziehen ist.

Markwald (Gießen).

2. M. Pfaundler. Über eine neue Methode zur klinischen Funktionsprüfung des Magens und deren physiologische Ergebnisse.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. LXV. Hft. 3 u. 4.)

P. bestimmt nach Aufnahme einer Probemahlzeit von gemessenem Volumen in einigen, bestimmte Zeit nach der Einnahme entnommenen Proben des Mageninhaltes den HCl-Gehalt; unter gewissen Voraussetzungen berechnet er aus diesen Werthen mittels complicirter Formeln: 1) die Menge des in den einzelnen Verdauungsperioden secernirten Saftes, 2) die Dauer der Sekretion eines salzsauren Saftes, 3) den HCl-Gehalt dieses Sekretes, 4) das Volumen der in den einzelnen Perioden aus dem Magen in den Darm entleerten Inhaltsmassen.

Verf. fand im Selbstversuche, dass nach einer aus Suppe, Brot, Fleisch und Kartoffeln bestehenden Mahlzeit im Ganzen ca. 600 Saft binnen 4 Stunden secernirt werden, dass das saure Sekret 0,35% HCl enthält, und dass pro Stunde ziemlich gleichmäßig 280 ccm Mageninhalt in den Darm übertreten. Die Saftmenge ist weitaus am größten in der ersten Stunde und nimmt dann ziemlich gleichmäßig ab.

Im Gegensatze zu anderen Autoren fand P., dass nach jener Mahlzeit im normalen Magen Gärungs-Milchsäure gebildet wurde, die bis zum Gehalt von 1‰ anstieg.

Gegen Ende der Verdauung nimmt der Gehalt an freier HCl bis auf Null oder nahezu Null ab; gleichzeitig steigt der Gehalt an Chloriden; Verf. schließt daraus, dass zu dieser Zeit ein alkalisches Sekret vom Magen geliefert wird, und konnte auch einige Male mit der Sonde, die nach dem Pylorus zu umgebogen war, alkalische Flüssigkeit aus dem (speisefreien?) Magen erhalten. Er hält für möglich, dass bei Hyperacidität, bei welcher reichlicher und stärker saures Sekret geliefert wird, verspätetes Eintreten dieser Neutralisation eine Rolle spiele.

D. Gerhardt (Straßburg i/E.).

3. C. Jürgensen und J. Justesen. Experimentelle Untersuchungen über die Säureabscheidung des menschlichen Magens bei verschiedener Nahrung.

(Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie Bd. III. Hft. 7.)

In jüngster Zeit hat sich gegenüber der früher allgemein verbreiteten Ansicht, dass das Eiweiß in der Diät bei Superacidität überwiegen sollte, darin ein Umschwung der Meinungen Bahn ge-

brochen, als es jetzt eine Reihe hervorragender Kliniker und Spezialisten giebt, die der vegetarischen Nahrung bei Superacidität und Magensaftfluss entschieden das Wort reden. Bisher ist jedoch die Frage, welche von beiden Diätformen vorzuziehen sei, eine offene geblieben, denn obwohl Versuche am Hunde für die vegetarische Nahrung sprechen, ist der experimentelle Beweis für den menschlichen Magen noch nicht in genügender Weise erbracht worden.

Seine Untersuchungen hatte Jürgensen gemeinsam mit dem Kollegen Justesen an der Person des Letzteren angestellt, da dieser vollkommen gesund war und namentlich nie dyspeptische Symptome gezeigt hatte. — Die Versuchsmahlzeiten, bestehend aus Brot, Brot und Fleisch und Fleisch unter Hinzufügung von gleichen Mengen Salz und Milch waren in Bezug auf Zubereitungsart und Darreichungsform möglichst gleichartig gestaltet.

Die Entnahme des Mageninhaltes erfolgte 1) in bestimmten Zeitabschnitten nach der Probemahlzeit am selben Tage (Methode der eintägigen Kurve nach Schüle), ferner um Fehlerquellen zu vermeiden, wie sie bei der Reizung der Magenschleimhaut durch die mehrfach eingeführte Sonde leicht herbeizuführen wären, in 2) bestimmten Zeitabschnitten nach derselben Probemahlzeit an auf einander folgenden Tagen (Methode der mehrtägigen Kurve). Mit der ersten Methode kombiniert ist letztere geeignet, als Korrektur und Ergänzung zu dienen, um den Gesamtsäuregehalt, die Gesamtsalzsäure und den Salzsäureüberschuss zu ermitteln.

Die Verff. wollen nicht mit bestimmten Schlussfolgerungen von allgemeiner Tragweite hervortreten, glauben aber annehmen zu dürfen, dass sich die Totalsalzsäurewerthe der Mengen an Fleisch oder Brot in den Probemahlzeiten entsprechend verhalten, bzw. dass um so höhere Säurewerthe erzielt werden, je mehr Fleisch gereicht wird.

H. Bosse (Riga).

4. Roth. Zur Frage der Pepsinabsonderung bei Erkrankungen des Magens.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XXXIX. p. 1.)

R. benutzte das zuerst von Mett ausgebildete, später von Linossier angewendete Verfahren, welches darin besteht, dass kleine Stückchen einer mit geronnenem Hühnereiweiß gefüllten Glasröhre (von 1—2 mm Durchmesser) in einem Glasschälchen, welches einige Kubikcentimeter des filtrirten Magensaftes enthält, 24 Stunden bei Bruttemperatur gehalten werden. Man liest unter dem Mikroskope die Länge des verdauten Endes ab und berechnet daraus die Pepsinmengen nach der Schütz-Borissow'schen Regel. Letztere besagt, dass sich die Pepsinmengen wie die Quadrate der gelösten Eiweißmengen verhalten. Will man Vergleichswerthe erhalten, so muss man natürlich immer unter gleichen Bedingungen untersuchen, d. h. man muss den Magensaft stets auf einen gleichen Gehalt an freier Säure bringen.

Für die Praxis ist diese Methode, die nach R. die schärfsten Resultate giebt, wegen ihrer Einfachheit besonders geeignet.

Von den Resultaten, die R. aus einer großen Anzahl von Einzelproben ableitet, ist hervorzuheben, dass die Schwankungen der Pepsinabscheidung schon normalerweise eben so groß wie die der Salzsäureabscheidung waren. Im Gegensatze zu Oppeler und Hamerschlag fand R. den Parallelismus zwischen Salzsäure- und Pepsinabscheidung keineswegs sehr konstant. Speciell bei der unkomplizierten Hyperchlorhydrie war eigentlich niemals eine besondere Vermehrung des Pepsins vorhanden, sondern sogar häufig eine Verminderung. Die höchsten Werthe fanden sich bei Ulcus und Hypersecretio continua, die niedrigsten bei Atrophie und Carcinom.

Ad. Schmidt (Bonn).

5. T. Pfeiffer und A. Sommer. Über die Resorption wässriger Salzlösungen aus dem menschlichen Magen unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen.

(Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie Bd. XLIII. p. 93.)

Wenn man die molekuläre Konzentration von in den Magen gebrachten Salzlösungen mittels des Beckmann'schen Apparates (durch Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung) während der Resorptionszeit (20—45 Minuten nach der Einverleibung) ermittelt, so findet sich bei Gesunden, dass hypertonische Lösungen in ihrem molekulären Gehalte während ihres Aufenthaltes im menschlichen Magen abnehmen, hypotonische Lösungen dagegen eine Zunahme ihrer molekulären Konzentration aufweisen und isotonische Lösungen auch bei längerem Verweilen im Magen isotonisch bleiben. Dass isotonische und hypotonische Salzlösungen bei ihrem Aufenthalte im Magen eine Einbuße an molekulärer Konzentration erfahren, wie Roth und Strauss es behauptet hatten, konnten die Verf. nicht bestätigen. Ihre Versuchsergebnisse lassen sich daher auch allein auf Grund der für die Osmose geltenden physikalischen Gesetze erklären. Auch in einer kleineren Anzahl von Untersuchungen am kranken Magen ergab sich die Einstellung der osmotischen Spannung der eingeführten Lösungen auf jene des Serums, d. h. Zunahme der molekulären Konzentration hypotonischer, Abnahme derjenigen hypertotonischer und Gleichbleiben isotonischer Lösungen.

Weintraud (Wiesbaden).

6. R. Jemma (Genua). Sulla digestione artificiale del latte.

(Clinica med. italiana 1899. No. 6.)

Versuche über die künstliche Verdauung der sterilisirten und der rohen Milch bei Zusatz von Fermenten ergaben folgende Resultate:

1) Bei Zusatz von Pepsin und Salzsäure wird die rohe Milch etwas rascher verdaut als die sterilisirte (45 Minuten im Soxhlet-Apparat gekocht).

2) Pankreatin verdaut die sterilisirte Milch bedeutend rascher.

3) Der Zusatz von Labferment, Pepsin und Salzsäure bedingt während der ersten 4 Stunden eine etwas stärkere Verdauung der sterilisirten Milch, bei länger fortgesetzten Versuchen zeigt die rohe Milch eine größere Peptonmenge.

4) Labferment und Pankreatin verdauen die sterilisirte Milch bedeutend rascher als die rohe.

5) Bei successiver Einwirkung der verschiedenen Fermente (Labferment; nach 15 Minuten Pepsin und Salzsäure und weiteren 4 Stunden Pankreatin und Galle) zeigt die sterilisirte Milch günstigere Verhältnisse.

6) Sterilisirte und mit Wasser verdünnte Milch ist leichter verdaulich wie unverdünnte sterilisirte Milch. Einhorn (München).

7. Hansy. Ein Fall von angeborener stenosirender Pylorus-hypertrophie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 10.)

Der Fall betrifft einen 11jährigen Knaben, der anscheinend wegen Verdacht auf Bauchfelltuberkulose dem Krankenhause überwiesen wurde. Man fand einen auffallend großen Leib, eine Vorwölbung nach links und unten vom Nabel, öfter Erbrechen unverdauter Massen, Erscheinungen von Magendilatation. Da der Kranke in seinem Ernährungszustande sichtlich herunterkam, wurde zur Laparotomie geschritten. Es zeigte sich die ganze linke Bauchseite von dem kolossal dilatirten Magen ausgefüllt, der nach unten mit seiner großen Curvatur bis fast zur Symphyse, nach rechts bis über die rechte Mammillarlinie hinausging. Der Pylorus fand sich in annähernd normaler Lage, erwies sich jedoch als ein walzenförmiger, quer gelagerter, im Übrigen ganz frei beweglicher, mit glatter Oberfläche versehener Tumor. Es wurde die Gastroenterostomie gemacht, eine Ileumschlinge mittels Murphyknopfes an die hintere Magenwand fixirt. Verlauf trotz anfänglichen Erbrechens günstig, das Körpergewicht stieg bald um 7 kg. Eine Resektion des hypertrophischen Pylorus dürfte selten gerechtfertigt sein. Selfert (Würzburg).

8. J. Pal (Wien). Über den motorischen Einfluss des Splanchnicus auf den Dünndarm.

(Archiv für Verdauungskrankheiten Bd. V. Hft. 3.)

Die Widersprüche, welche die bisherigen Experimente über den Erfolg der Splanchnicusreizung zu Tage gefördert haben, werden auch durch die Untersuchungen P.'s nicht vollkommen geklärt. Es geht aber aus denselben doch mit Sicherheit hervor, dass die Angabe Pflüger's, der zufolge die Reizung des Splanchnicus die peristaltische Bewegung hemmt, nicht erschüttert ist. Der Splanchnicus ist ein motorischer Nerv des Dünndarmes. Er führt Fasern für die Innervation der Ringmuskeln, so wie für die Längsmuskeln desselben.

Seine motorischen Leistungen rufen die Hemmungserscheinungen hervor, welche stets mit einem Wechsel in der Darmweite, mit einer Änderung des Tonus der Darmwand einhergehen. Zur Erklärung der Hemmung und des Tonus ist die Annahme spezifischer Nerven nicht erforderlich. Der Eintritt der Hemmungserscheinungen ist vielmehr bedingt durch eine gleichsinnige und gleichzeitige Aktion eines Muskellagers auf einer größeren Darmstrecke. Die Bewegung der einzelnen Muskellager vollzieht sich in einer gegensätzlichen Anordnung, indem Kontraktion der Ringmuskeln mit Erschlaffung der Längsmuskeln und andererseits Kontraktion der letzteren mit Erschlaffung der Ringmuskeln einhergeht. **Einhorn** (München).

9. Westermarck. Om primärt sarkom i tunntarmen.

(Nord. med. arkiv 1899. No. 5.)

Verf. beschreibt 3 Fälle von Dünndarmsarkom, von denen zwei von Berg und einer von dem Verf. operirt wurde. In allen Fällen führte die aufgetretene Kachexie zur Untersuchung und Feststellung eines Tumors im Bauche. In den beiden ersten Fällen wurde die Resektion, im letzten die Resektion und darauf folgende Enteroanastomose ausgeführt. Der 1. Fall starb 5 Tage nach der Operation an Pleus, der zweite bekam 4 Monate nach der Operation ein Recidiv, der dritte war 6 Monate nach der Operation noch gesund. Verf. sammelt aus der Litteratur außer den seinen noch 29 andere Fälle. Es ergibt sich, dass das Leiden vom Alter unabhängig ist. Es giebt Beobachtungen kongenitaler Fälle und solcher im Greisenalter. Die Zahl der befallenen Männer überwiegt die der Frauen bei Weitem. Die Neubildung beginnt in der Regel in der Submucosa und wächst meistens in den Darm, doch giebt es auch Fälle, welche ihr Wachsthum nach der Bauchhöhle zu fortsetzen.

Das Verhältnis der Rundzellen- zu den Spindelzellensarkomen ist wie 20 : 6. Die Behandlung war meistens symptomatisch. Nur in 10 Fällen wurde die Resektion ausgeführt. 3 von diesen erlagen dem Eingriffe direkt. Auffallend ist, dass unter den 10 operirten Fällen 7 aus den skandinavischen Ländern stammten.

F. Jessen (Hamburg).

10. J. Sklodowski. Über chronische Verengerung des Dünndarmes.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. V. Hft. 3.)

Fünf auf der chirurgischen Abtheilung des Warschauer Krankenhauses beobachtete und operirte typische Fälle von chronischer Dünndarmstenose geben S. Veranlassung zu einer eingehenden, bemerkenswerthen Darstellung des klinischen Bildes der Erkrankung, ihrer Diagnose und Behandlung.

Von entscheidender diagnostischer Bedeutung sind periodisch auftretende Schmerzanfälle von kurzer Dauer bei gleichzeitigem Hart-

werden, Sichspannen, Steifung des zur verengten Stelle führenden Darmschenkels, Tetanus des Darmes (Nothnagel).

In Fällen, in welchen die Schlingen deutlich erweitert und ihre durch die Bauchdecken sichtbaren Bewegungen energisch und umfangreich sind, kann auch ohne deutliche Steifung und Schmerzen ein paroxysmales Auf- und Niedersteigen der Darmschlingen beobachtet werden.

Die Ursache der Kolikanfälle muss nicht ausschließlich auf einer primären Verschließung der verengerten Stelle (Verstopfung, Knickung) beruhen, sondern auch bei relativer Stenose kann eine Aufhebung des Lumens sekundär auf der Höhe des Anfalles in Folge einer ungewöhnlichen Drucksteigerung resp. Dehnung des zuführenden Abschnittes stattfinden.

Erwähnenswerth ist das Typische, die Gleichförmigkeit der motorischen Erscheinungen immer an annähernd derselben Stelle. Eine energischere fortlaufende Peristaltik hat S. zumal auf der Höhe der Anfälle niemals beobachtet.

Von diagnostischer Bedeutung ist ferner das Plätschern, in so fern es konstant vorhanden ist, auf weite Strecke hörbar und grob ist und sicher nicht im Magen entsteht.

Die Thatfachen, auf welche sich die topographische Diagnostik der Darmstenosen stützt, sind äußerst unbeständig und des öfteren unsicher. Jedoch sei von den diesbezüglichen Ausführungen des Verf. Folgendes hervorgehoben. Während die Schmerzperioden bei chronischer Dünndarmstenose durch bedeutende Form- und Spannungsdifferenzen der Bauchoberfläche zur Zeit der Anfälle und durch Mangel konstanter Vorwölbungen außerhalb derselben charakterisirt sind, handelt es sich bei Dickdarmstenose vielmehr um dauernde Spannungs- und Härteanomalien umschriebener Bauchpartien und um geringe Unterschiede während der tonischen Kontraktion. Die Fühlbarkeit härterer Kothmassen spricht für Dickdarmstenose, konstantes Plätschern bei geformten Entleerungen für Stenose eines höher gelegenen Darmabschnittes.

Die Anwendung von Abführmitteln ist bei chronischer Dünndarmstenose stets nutzlos, oft direkt gefährlich.

Die Operation erscheint indicirt bei Fällen gutartiger Stenose, in so fern der Allgemeinzustand irgend welche Aussichten auf einen günstigen Ausgang bietet. Von den krebsigen Stenosen, die nicht mehr radikal operirt werden können, sollen nur diejenigen zur Operation kommen, bei welchen die Occlusionssymptome stark vorherrschen; auch bei den tuberkulösen Verengerungen bietet die Operation größere Chancen auf Erfolg, so lange die Occlusionssymptome im Krankheitsbilde dominiren.

Einhorn (München).

11. Bontivegna. Le alterazioni degli elementi nervosi nelle occlusioni sperimentali dello intestino.

(Riforma med. 1899. No. 276 u. 277.)

B. suchte experimentell die Veränderungen der Nervenzellen festzustellen, welche sich bei künstlichem Darmverschlusse von verschiedenem Sitze und verschiedener Intensität ergeben. Er fand in akut verlaufenden Fällen Chromatolyse ohne schwere Veränderungen des achromatischen Theiles und des Kernes; in langsam verlaufenden Fällen außer Chromatolyse in ihren verschiedenen Stadien mehr oder weniger schwere Veränderungen in der Grundsubstanz der Zelle, im Kerne und der achromatischen Substanz.

Diese Experimente sprechen dafür, dass es sich bei den Nervensymptomen, welche nach Darmocclusion auftreten, um eine Auto-intoxikation handelt.

Hager (Magdeburg-N.).

12. R. v. Engel (Brünn). Über das Auftreten von Nierenelementen bei schweren inneren Darmstenosen und bei eitriger Peritonitis.

(Prager med. Wochenschrift 1899. No. 14.)

Bei 4 Fällen innerer Incarceration fanden sich vorübergehend regelmäßig sehr zahlreiche hyaline Cylinder, in 2 Fällen auch deutliche Nierenepithelien. Dagegen fanden sich bei 2 Fällen von Unwegsamkeit des Darmes durch äußere eingeklemmte Hernien keine Cylinder, in 2 Fällen von eitriger Peritonitis zeigte das Sediment zahlreiche schmale und sehr lange Cylinder. Die Nieren erschienen bei den Sektionen makroskopisch intakt, in einem der erstgenannten Fälle wurde mikroskopisch untersucht, es fand sich keine Cylinderbildung in den Harnkanälchen, ihre Epithelien überall gut erhalten. Nach der Meinung v. E.'s handelt es sich um eine vorübergehende Schädigung der Niere, bedingt, wie dies Kobler ausführte, durch nervöse reflektorische Vorgänge, vielleicht vasomotorischer Natur, so wie durch die Steigerung des intraabdominellen Druckes.

Friedel Pick (Prag).

13. F. Wechsberg. Über einen seltenen Ausgang einer Darminvagination.

(Centralblatt für allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie Bd. XI. Hft. 6 u. 7.)

Es handelt sich in diesem, seines speciellen pathologisch-anatomischen Befundes wegen äußerst merkwürdigen Falle um einen 18jährigen jungen Mann, bei dem sich vor Ausheilung eines anfänglich bestehenden akuten Magen-Darmkatarrhs, der mit Helminthiasis verbunden war, unter peritonitischen Symptomen eine bald in der Gegend des Nabels, bald des Blinddarmes zu fühlende, schmerzhaft, faustgroße Geschwulst ausbildete. Eine Operation wurde verweigert, und wochenlang litt Pat. die furchtbarsten Schmerzen, bis schließlich bei gleichzeitigem Verschwinden der Geschwulst ein 8 cm langes

Stück Blinddarm im Zusammenhange mit einem 4 cm langen Dünndarmstücke abging. Darauf erfolgte allmählich Genesung; nur ab und zu litt Pat. an Leibschmerzen, namentlich nach Diätfehlern.

Nach etwa einem Jahre erkrankte nun derselbe unter Ileuserscheinungen mit Schmerzen speciell rechts im Leibe. In die nothwendige Operation wurde eingewilligt, doch starb Pat. schon 2 Tage nach der Laparotomie.

Der bei der Operation erhobene und durch die Sektion ergänzte Befund ist kurz folgender:

Frische eitrige Peritonitis und als Zeichen einer früher abgelaufenen Peritonitis zahlreiche Adhäsionen zwischen parietalem und visceralem Peritoneum in der rechten Darmbeingrube. Vollständiges Fehlen des Processus vermiformis. Der Dünndarm mündete 16 cm distalwärts vom Coecumende in das Colon ascendens und war kurz vor seiner Einmündung durch eine Narbe strikturirt. Außerdem fand sich noch eine thalergröße, etwa der normalen Einmündungsstelle des Dünndarmes entsprechende Narbe im Coecum und eine andere oberhalb des Rectums, über der das Colon in der Gegend der Flexura lienalis blindsackförmig erweitert war.

Zur Erklärung dieses Befundes geht Verf. aus von der erstmaligen Erkrankung, bei der es sich den anamnestischen Daten gemäß um eine Invaginatio ileo-coecalis gehandelt haben muss. Fraglich ist nur, wie hierbei nach Abstoßung des invaginierten Stückes der Dünndarm an einer 16 cm vom Ende des Coecums entlegenen Stelle in den Dickdarm einmünden konnte, während sich an der normalen Einmündungsstelle eine Narbe befand.

An der Hand von 5 Skizzen beantwortet Verf. diese Frage folgendermaßen: Bei der Intussusception wurde durch Zug des dem Intussusceptum folgenden Mesenteriums ersteres wie namentlich bei beweglichem Mesocolon auch das Intussusciens gekrümmt, so dass der ganze Intussusceptionstumor gegen die Mesenterialwurzel konvex gekrümmt war und Dünn- und Dickdarm sich etwa an der 16 cm oberhalb des Coecumendes gelegenen Stelle berührten. Die mit der Intussusception einhergehende Cirkulationsstörung bewirkte einmal Gangrän und Abstoßung des invaginierten Darmstückes, dann aber Peritonitis, die ihrerseits Adhäsion und spätere Kommunikation an obiger Berührungsstelle, ferner Narbenbildung im Ileum und Ausbildung peritonitischer Stränge im Gefolge hatte. Den Befund der 3. Narbe oberhalb des Rectums führt Verf. ebenfalls auf eine 2. Invagination zurück.

Esser (Bonn).

14. H. Nothnagel (Wien). Bemerkungen über peritonitische Schmerzen.

(Prager med. Wochenschrift 1899. No. 14.)

In diesem, die Festnummer der Prager med. Wochenschrift zu dem Karlsbader Kongress für innere Medicin einleitenden Aufsätze betont N. die gelegentliche Schwierigkeit, zwischen Kolikschmerzen

und den Schmerzen bei akuter Peritonitis zu unterscheiden, namentlich wenn letztere die Folge von irgend welchen Perforationen, sei es des Wurmfortsatzes bei Perityphlitis, oder des Magens, oder Duodenums bei Ulcus rotundum ist. In solchen Fällen wird leicht fälschlich die Diagnose Darm- oder Gallensteinkolik gestellt. Die Verwechslung wird dadurch ermöglicht, dass erstens der Perforationsschmerz sehr heftig ist und die Erscheinungen der Allgemeininfektion des Peritoneums durch Verklebungen verzögert wird. Und zweitens kommt in Betracht, dass bei wirklicher Peritonitis der Schmerz nicht immer gleichmäßig ist, sondern Exacerbationen und Remissionen zeigt, erstere offenbar durch die peristaltischen Kontraktionen des Darmes. Differentialdiagnostisch kommt für akute Peritonitis in Betracht lebhaftere Steigerung der Schmerzen durch äußeren Druck, und die Thatsache, dass keine vollständigen Intermissionen, sondern nur Remissionen eintreten.

Friedel Pick (Prag).

15. C. Bayer (Prag). Die Form des Meteorismus als diagnostisches Hilfsmittel.

(Prager med. Wochenschrift 1899. No. 25.)

Die allgemein bekannte Form der Magendilatation bei Pylorusstenose kann durch Verzerrungen und Verwachsungen verhüllt sein. So sah B. bei einer Laparotomie den Magenfundus links im Hypogastrium angewachsen, und bei der Obduktion eines an Pyloruscarcinom verstorbenen Mannes den Magen bis zur Symphyse nach abwärts ausgedehnt. Dasselbe Bild kann bei Stenosen des Duodenums zu Stande kommen. Die Differentialdiagnose zwischen Sitz der Stenose am Pylorus und im Duodenum wird durch galliges Erbrechen ohne Ileus in letzterem Sinne gestützt. Auftreibung des ganzen Epigastriums bis nahe an den Nabel bei eingesunkenem übrigen Unterleibe spricht bei gleichzeitig bestehendem Ileus für Sitz der Stenose im Jejunum oder oberen Theile des Ileums. Auch genaue Verfolgung der peristaltischen Welle und Fixirung der Stelle ihrer Umkehr kann, wie Fälle des Verf. lehren, gestatten, den Sitz des Hindernisses mit Genauigkeit anzugeben. Bei Sitz des Hindernisses im untersten Dünndarme ist der Unterleib geradezu nach vorn aufgebläht, bei Sitz im unteren Dickdarme mehr in die Breite, bei Sitz der Stenose in mehr oben gelegenen Stellen des Colons kommt Asymmetrie zu Stande, bei tiefer unten im Dickdarme sitzenden Stenosen ist häufig die größte meteoristische Wölbung und Spannung in der Coecalgegend, ja die Rückstauung des Darminhaltes im Coecum kann, wie B. sah, bis zur Gangrän des letzteren führen, so dass eine primäre Coecumerkrankung vorgetäuscht wird.

Diese verschiedenen Meteorismusformen sind diagnostisch nur dann verwendbar, so lange die Peristaltik nicht ganz erlahmt ist. Ist letzteres aber der Fall, dann wird die Differentialdiagnose zwischen Peritonitis und Stenose schwierig. Hierfür kommt in Betracht,

dass im Beginne bei Stenose die Peristaltik lebhaft und meist auch ein beträchtlicher freier Erguss, analog dem Bruchwasser incarcerirter Hernien, nachweisbar ist. Bei Peritonitis ist meist gleich die Peristaltik matt und im Anfange nur geringes Exsudat nachweisbar. Die Resistenz ist bei Peritonitis flächenhaft, starr, bei Stenose tumorartig, doch kann letzteres auch durch circumscripte Peritonitiden vorgetäuscht werden. Endlich kann zu einer bestehenden Peritonitis akute Absperrung hinzutreten, wie 4 von B. mitgetheilte Fälle lehren, wo im Verlaufe akuter Peritonitiden plötzlich Ileus auftrat, der sich als durch Abschnürungen des Darmes, durch Netzverwachsungen bedingt, erwies. Die von Nothnagel in jüngster Zeit betonte diagnostische Bedeutung des Schmerzes erscheint B. fraglich, da auch bei Peritonitis der Schmerz Intermissionen zeigen kann. Zum Schlusse bespricht B. die Differentialdiagnose der verschiedenen lokalen Meteorismusformen bei Abknickungen einzelner Darmabschnitte. Bei Volvulus wird durch die schräge Richtung der geblähten Schlinge Obliquität und Asymmetrie des ganzen Meteorismus bedingt. Bei chronischer Peritonitis ist das häufige Auftreten von wurstförmigen, mit starken Schmerzen einhergehenden Tumoren zu beachten.

Friedel Pick (Prag).

16. Stiller. Die Lehre von der Enteroptose und nervösen Dyspepsie auf Grund des Kostalstigmas.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. No. 34—36.)

Der Descensus der Eingeweide entwickelt sich nach S. in schleichender Weise fast immer in der Jugendzeit, selten schon im Kindesalter, noch seltener in reifen Jahren. Er beruht auf einer angeborenen, wahrscheinlich meist ererbten Anlage, welche stets eine Schwäche des centralen und digestiven Nervensystems mit sich bringt, sich oft durch einen gracilen, paralytischen Habitus und pathognostisch durch Motilität der 10. Rippe kundgibt (Kostalstigma). Die 10. Rippe zeigt einen Defekt der Knorpelspange, so dass sie nicht den Rippenbogen erreicht und wie die 11. und 12. Rippe frei bleibt. Aus der Größe dieses Defektes kann man auf den Grad der dyspeptischen Neurasthenie schließen. Bei sehr hohen Graden der letzteren findet man oft auch die 9. Rippe mobil. Die meisten Fälle von nervöser Dyspepsie zeigen das Kostalstigma und Enteroptose. Die Beschwerden derartiger Pat. hängen aber nicht von der Verlagerung der Eingeweide, sondern von der angeborenen nervösen Minderwerthigkeit ab. Nicht nur auf sensitivem Gebiete zeigt sich die neuropathische Veranlagung, auch Motilität, Sekretion und Resorption des Magens wird beeinflusst; daher ist Atonie desselben das früheste und oft das einzige Zeichen der nervösen und enteroptotischen Dyspepsie. Hyperacidität und Hypersekretion wird dabei oft beobachtet. Auf Grund seiner langjährigen Beobachtungen bei einem sehr reichlichen Krankenmateriale ist Verf. zu diesen Anschauungen gekommen. Von ca. 1000 Fällen von Magenkrankheiten, die er

ährlich behandelt, sind nur etwa 25% organische Erkrankungen, 700—800 zeigen nervösen Charakter. Enteroptose und nervöse Dyspepsie sind als identisch zu betrachten; der Descensus der Eingeweide kann aber nicht für die vielfachen subjektiven Beschwerden verantwortlich gemacht werden, da zwischen dem anatomischen Befunde und den klinischen Erscheinungen kein Parallelismus besteht. Die habituelle Verstopfung beruht ebenfalls meistens auf enteroptotischer Grundlage, auf einer Verlagerung und Atonie des Darmes.

Poelchau (Charlottenburg).

Sitzungsberichte.

17. Berliner Verein für innere Medicin.

Sitzung vom 11. Juni 1900.

Vorsitzender: Herr A. Fränkel; Schriftführer: Herr Jastrowitz.

1) Herr Becher hält den jüngst verstorbenen Mitgliedern des Vereins, Lissa und Lewandowsky, einen tief empfundenen Nachruf.

2) Herr v. Leyden demonstriert ein Aneurysma cordis in Folge fibröser Degeneration des Endokards. Es gehört einem 38jährigen Manne an, der seit einigen Monaten über Störungen geklagt hatte, die eine Hersaffektion wahrscheinlich machten; in der Hauptsache bestand Dyspnoë und Cyanose; objektiv war eine Verbreiterung des Herzens nach rechts und eine beschleunigte Pulsfrequenz nachzuweisen; die Herztöne waren leise, aber rein. Der Tod erfolgte ganz plötzlich, während der Pat. in einer Erzählung begriffen war. Bei der Sektion zeigte sich nun eine kugelige Ausbuchtung des Hersinneren nebst einer fibrösen Degeneration des Endokards; die Coronararterien waren völlig frei. Der Vortr. steht nicht an, die gefundenen Veränderungen mit Rücksicht auf einen analogen, von ihm beobachteten Fall als syphilitische zu erklären.

Sodann demonstriert er eine Thrombose der A. femoralis profunda, die sich bis tief in die Poplitea fortsetzt. Sie stammt von einer alten, marastischen Frau, bei der die Zeichen einer chronischen Mitralinsuffizienz mit konsekutiven Störungen der Kompensation bestanden. Es hatte sich bei ihr ein mäßiger Hydrops entwickelt, der den rechten Fuß stärker betraf als den linken; dazu kam eine leichte Verfärbung und Kühle des Beines nebst einer Abstumpfung der Sensibilität der Zehen. Diese Zeichen hatten schon intra vitam zu der Annahme einer Thrombose geführt, indessen überraschte doch der Obduktionsbefund durch die Ausdehnung und den Umfang der Gerinnungen. Bei Thrombosen der Hauptarterie des Beines ist der Ersatz der Cirkulation ein sehr schwerer; gewöhnlich gelingt er nur dann, wenn der Verschluss der Hauptarterie kein kompletter ist. Der vorgestellte Fall ist besonders in so fern lehrreich, als er beweist, dass eine Thrombose der A. femoralis sich klinisch durch nur geringfügige Symptome dokumentieren kann.

Herr Litten berichtet über einen an Influenta gestorbenen Fall, bei dem das Endokard eine ganz diffuse Trübung erfahren hatte.

Herr A. Fränkel ist stets dafür eingetreten, dass die Syphilis ein ätiologisches Hauptmoment der Aneurysmen bei jugendlichen Personen darstelle, während Herr v. Leyden diese Anschauung bekämpft hat. Er richtet daher an ihn die Frage, ob er angesichts des vorgestellten Falles noch an seiner früheren Anschauung festhalte.

Herr v. Leyden bejaht die Frage. Er giebt zu, dass die Syphilis eine Erkrankung der Arterienwand verursachen kann, aber keine Erweiterung des Lumens.

Herr A. Fränkel hat natürlich nicht die Erweiterung der Arterien in Abhängigkeit von Lues bringen wollen, sondern nur die Verminderung der Wandelasticität.

Herr Becher verfügt über einen analogen Fall von Thrombose der A. femoralis profunda, wie ihn Herr v. Leyden vorgestellt hat. Sie betraf eine 27jährige Frau, trat ganz akut auf und führte zur Gangrän des Beines, das amputirt werden musste.

3) Herr Glaser demonstriert das Präparat einer totalen Ankylose der Wirbelsäule. Es gehört einem 26jährigen Manne an, der an einer Hämoptysis zu Grunde ging und völlig steif war. Nicht bloß die großen Wirbelgelenke sind verknöchert, sondern auch die kleineren, ferner die Ligg. flava der Halswirbelsäule und theilweise auch die Ligg. interspinalia. Von den übrigen Gelenken zeigen die Kiefer- und Kniegelenke eine leichte Ankylose, während die Hüftgelenke frei sind.

Herr Mayer hebt die Ähnlichkeit hervor, welche dieser Fall mit einem früher von ihm vorgestellten bietet.

4) Herr Boas demonstriert ein von ihm konstruirtes Stuhlsieb zur Stuhluntersuchung. Es besteht aus 2 Halbkugeln, deren obere mit der Wasserleitung und deren untere mit dem Ausgusse verbunden werden kann. Der eintretende Wasserstrom geht erst durch ein Sieb und trifft dann auf ein enges Haarsieb, auf welches der zu untersuchende Stuhl verbracht ist. Nach 12—24stündiger Spülung ist die Procedur vollendet, ohne dass eine Beleidigung der Geruchsnerven stattfindet. Der Apparat ist im medicinischen Waarenhause erhältlich.

5) Diskussion über den Vortrag des Herrn Kaminer: Über Phenylhydrazinvergiftung.

Herr Franz Müller hat nach Ricineinverleibung ein ähnliches Blutbild beobachtet, wie Herr Kaminer nach Phenylhydrazindarreichung. Auch hier war eine große Menge von Megalocyten vorhanden, die sonst für perniciose Anämie pathognomonisch sind. Es wird erforderlich sein, zur Klärung der Frage genauere histologische Untersuchungen anzustellen.

Herr Kaminer erwidert, dass er bereits mit diesen Untersuchungen beschäftigt ist.

6) Diskussion über den Vortrag des Herrn Buttersack: Krankenfürsorge und Beschäftigung von Kranken.

Herr Jastrowitz erkennt die Bedeutung der Beschäftigung für Kranke im vollsten Maße an. Bei Nervenkranken ist dies Princip zuerst von Kahlbaum durchgeführt worden. Eine ganz besondere Wichtigkeit besitzt die Beschäftigung von Halbinvaliden. Eine Vorbereitung im Krankenhause dürfte wohl kaum genügen, um einen Berufswechsel möglich zu machen; viel mehr ist von den werththätigen Eintreten von Genossenschaften zu erwarten. Ein Vorbild geben die jüdischen Bruderschaften ab, die in dieser Richtung sehr Erhebliches leisten.

Herr Jakobsohn weist darauf hin, dass bei chronisch innerlich Kranken mehr die psychische Bethätigung in Frage komme, als die körperliche Arbeitsthatigkeit. In dieser Beziehung haben amerikanische und englische Krankenhäuser nachahmenswerthe Einrichtungen.

7) Diskussion über den Vortrag des Herrn Cassel: Geheilte Bauchfelltuberkulose bei Kindern.

Herr Bendix erwähnt, dass sich auf der I. med. Klinik in zweifelhaften Fällen die Agglutinationskraft der Ascitesflüssigkeit für Tuberkelbacillen als ein werthvolles diagnostisches Mittel bewährt habe. Er illustriert dies durch 2 Krankengeschichten.

Herr Litten betont, dass die frühere Anschauung, der zufolge jede chronische Peritonitis bei Kindern als eine tuberkulöse angesehen wurde, sich als irrig herausgestellt habe. Es giebt zweifellos Peritonitiden, die zu Exsudatbildung und Entwicklung mächtiger Tumoren führen, ohne tuberkulös zu sein. Als Paradigma führt er einen Fall an, der im Jahre 1886 mit mächtigem Ascites zu ihm kam, im Laufe der Jahre 12mal punkirt wurde und dann völlig gesund geworden ist. Er hält es

Es ist möglich, dass diese Formen eine rheumatische Ätiologie haben, und in dieser Anschauung wird er durch einen sehr prägnanten Fall bestärkt. Derselbe betraf eine Frau, die mit Polyarthritis erkrankte und weiterhin eine linksseitige Pleuritis mit Exsudatbildung bekam; nach der Abheilung derselben kam es nach initialen Schmerzen zu einer Peritonitis, die ebenfalls heilte.

Die weitere Diskussion wird vertagt.

Freyhan (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

18. Lenhartz. Mikroskopie und Chemie am Krankenbett.

Berlin, Julius Springer, 1900.

Das bekannte und weit verbreitete Buch des Verf., das sich sowohl über die klinisch-mikroskopischen und chemischen Untersuchungsmethoden als auch über deren diagnostische Verwerthung in der Praxis verbreitet, ist bereits innerhalb kurzer Zeit in 3. Auflage erschienen, was wohl schon allein für seine Güte sprechen dürfte. Die Ausgabe ist völlig neu bearbeitet und bedeutend erweitert, die Zahl der Textfiguren ist vermehrt, einzelne Bilder sind durch neue ersetzt, auch in die Buntdrucktafeln sind neue Bilder eingefügt. Über die Vorzüge des Buches noch ein Wort zu verlieren, halte ich für überflüssig; wer dasselbe je in den Händen gehabt hat, wird sich von seinem praktischen Nutzen vollkommen überzeugt haben. Möge das Buch, das in der Bibliothek keines praktischen Arztes fehlen dürfte, neben den alten Freunden recht viel neue erwerben.

Neubaur (Magdeburg).

19. Triboulet et Coton. Le rhumatisme articulaire aigu.

Paris, Baillière et fils, 1900.

Die Verf. sind der Ansicht, dass die Uneinigkeit, welche unter den Autoren über die Ätiologie der Polyarthritis herrscht, daher rühre, dass zu häufig vereinzelte Befunde vorschnell verallgemeinert worden sind. Sie selbst gehen streng auf deduktivem Wege vor und versuchen, die Frage nach der Natur der Polyarthritis durch die analytische Methode zu lösen, indem sie aus der Fülle der empirisch ermittelten Thatsachen die speciellen Gesetze abzuleiten streben. Sie stellen fest, dass es Formen ohne Komplikationen und ohne spezifische Bakterien giebt, ferner Formen mit Endokarditis und Fehlen von Bakterien, weiter Formen mit verschiedenen Komplikationen und Fehlen von Bakterien, und endlich Formen mit Komplikationen und mit Bakterien, die bald der einen und bald der anderen Varietät angehören. Wenn sie nun auch die ätiologischen Bedingungen nicht zu fixiren vermögen, unter denen eine Sekundärinfektion bei Polyarthritis statthat, so glauben sie sich doch berechtigt, den Gastrointestinaltraktus als den Herd zu bezeichnen, von wo aus eine Invasion der Bakterien ins Blut stattfindet. Sie halten diese Sekundärinfektion für das entscheidende Moment, welches den Verlauf einer Polyarthritis bestimmt und die Ursache der so verschiedenartigen klinischen Differenzen der Krankheit wird.

Prognostisch lässt sich daraus abnehmen, dass die bakteriologische Blutuntersuchung einen deutlichen Hinweis auf den Verlauf des jeweiligen Falles gestattet. Bei sterilem Ausfall der Prüfung stehen die Heilungschancen am besten; der Befund von Staphylokokken und Streptokokken wiegt schon schwerer, ohne jedoch sehr erhebliche Bedenken zu rechtfertigen; der Befund von Diplokokken dagegen macht endokarditische Komplikationen sehr wahrscheinlich und die Prognose dadurch ungünstig.

Freyhan (Berlin).

20. G. Beier. Die Untersuchung des Harns und sein Verhalten bei Krankheiten.

(Medizinische Bibliothek für praktische Ärzte.)

Leipzig, C. G. Naumann, 1899.

Im ersten Abschnitte sind die neueren und neuesten Harnproben beschrieben, so weit sie für den praktischen Arzt ohne besondere Mühe und spezielle Apparate

Vorgängern der medicinischen Bibliothek würdig an und kann jedem praktischen Arzte als Nachschlagebuch wärmstens empfohlen werden.

W. Neubaur (Magdeburg).

21. State. La forme douloureuse de l'akromegalie.

Paris, Vigot Frères, 1900.

Unter den Symptomen der Akromegalie befindet sich eins, das bislang die Aufmerksamkeit der Forscher noch sehr wenig auf sich gelenkt hat; es ist dies die Anwesenheit von sehr heftigen und generalisirten Schmerzen. Und doch erreichen in manchen Fällen diese Schmerzen einen Intensitätsgrad, der alle anderen Symptome in den Hintergrund treten lässt und die klinische Sonderstellung einer »Forme douloureuse« rechtfertigt.

Der Verf. hat sich speciell mit der Untersuchung der Schmerzen bei der Akromegalie beschäftigt und stellt fest, dass sie ein sehr häufiges Symptom der Krankheit darstellen und in etwa 50% der Fälle zu beobachten sind. Man findet sie besonders in 2 Stadien der Krankheit, einmal im Initialstadium, im Beginne des Knochenwachstums, wo sie den Charakter von rheumatischen Schmerzen haben, und dann in einem vorgerückten Stadium mit dem Charakter von Neuralgien. Daneben kommen auch Fälle vor, wo die Schmerzen den lancinirenden Schmerzen der Tabiker gleichen, oder wo sie in Form von Parästhesien erscheinen. Sie treten im Allgemeinen jeder Behandlung.

Freyhan (Berlin).

22. J. B. Ughetti. Zwischen Ärzten und Klienten. Autorisirte Übersetzung von G. Galli. 2. Auflage.

Wien, W. Braumüller, 1900.

U.'s prächtige Erinnerungsbilder liegen wenige Monate nach ihrem ersten Erscheinen bereits in 2. Auflage vor, kein Wunder bei dem erquickenden Hauche, der durch das ganze Werkchen weht, bei dem sprudelnden Humor, der dem Leser aus den schalkhaften Schilderungen entgegenlacht; da ist nichts Gekünsteltes, nichts Gemachtes, das sind aus dem Leben gegriffene Bilder, die an uns vorüberziehen, Bilder, die von der dichterischen Begabung des großen Forschers bereitetes Zeugnis ablegen.

U. ist eben nicht bloß ein hervorragender Gelehrter, sondern besitzt auch ein ausgesprochenes schriftstellerisches Talent, und der glücklichen Kombination dieser beiden Faktoren verdanken U.'s »Erinnerungen eines alten Arztes« ihren großen Erfolg. Drum sei auch, um mit Mantegassa zu reden, das Werkchen allen Ärzten empfohlen, »den jungen, um zu lernen, den alten, um ihre Erinnerungen aufzufrischen, Allen, um das Bild des wahren, guten, philosophischen und einsichtsvollen Arztes in einem Spiegel zu sehen, welcher, ohne unserer vielverlästerten und so wenig gekannten Kunst zu schmeicheln, sie doch verschönt und erheitert.

Die 2. Auflage ist vom Übersetzer Galli Sr. königl. Hoheit dem Herzog Dr. Karl Theodor von Bayern gewidmet, »dem hohen Arzte, zu dem wohl jeder Deutsche mit besonderem Stolz und Verehrung aufblickt«.

Wenzel (Magdeburg).

Therapie.

23. M. Rubner und O. Heubner. Die künstliche Ernährung eines normalen und eines atrophischen Säuglings.

(Zeitschrift für Biologie Bd. XXXVIII. p. 315.)

An die ergebnisreichen Untersuchungen, welche die Verff. über Ernährungsverhältnisse, Stoffumsatz und Wärmebildung eines normalen Brustkindes angestellt haben, und über welche im Centralblatt für innere Medicin 1899 p. 168 berichtet

urde, schließen sich jetzt analoge Versuche an, die den künstlich ernährten Säugling betreffen, und zwar den gesunden wie den kranken. Durch die direkte Bestimmung sämtlicher Einnahmen und Ausgaben des Organismus auf allen Wegen und durch die gleichzeitige kalorimetrische Analyse ermöglichen diese Versuche einen Einblick zugleich in den Stoffwechsel und in den Kraftwechsel, und zusammen mit den früher veröffentlichten Untersuchungen geben sie in vieler Beziehung eine ganz neue Grundlage ab für unsere Kenntnisse des Stoffwechsels des kindlichen Organismus in so frühem Alter. Dies rechtfertigt eine etwas breitere Anlage des Referates.

Das gesunde Versuchskind war ein $7\frac{1}{2}$ Monate alter Säugling von 7570 g Gewicht. Es war mit Kuhmilch aufgezogen und bekam während des Versuches reine Kuhmilch, durchschnittlich ca. 1 Liter (920—1149 g), mit einem Zusatz von 30 g Milchsucker pro Tag. Die Analyse der gasförmigen Stoffwechselprodukte ergab, dass das Kind bei Kuhmilchkost erheblich mehr Kohlensäure und Wasserdampf ausschied, als das früher untersuchte Brustkind. Die Bilanz der Nahrungsaufnahme und der im Kothe wieder ausgeschiedenen Nahrungsreste ließ eine überaus günstige Ausnutzung der Kuhmilch durch das Versuchskind erkennen. Es betrugen nämlich die Verluste

| | an Trockensubstanz, | an N | an Fett | an Asche |
|------------------|---------------------|--------|---------|----------|
| bei Kuhmilchkost | 6,13% | 6,38% | 3,50% | 35,90% |
| bei Brustnahrung | 5,42% | 26,88% | 5,59% | 20,58% |

Von der Asche abgesehen, wurden also die Bestandtheile der Kuhmilch so gut resorbirt, wie die der Muttermilch, ein bemerkenswerthes Ergebnis. Das Kind nahm während des über 6 Tage sich erstreckenden Versuches an Gewicht zu (im Ganzen 120 g). Die Stickstoffbilanz ergab gegenüber einer durchschnittlichen täglichen Aufnahme von 4,26 g N eine Ausgabe von nur 3,534 g, somit einen N-Ansatz von 0,73 g im täglichen Durchschnitte. Auch ein Ansatz von Salzen ging aus den Analysen unswiefelhaft hervor, wie denn der Ansatz von Eiweiß im Körper stets unter gleichzeitiger Ablagerung von Salzen statt hat. Die Kohlenstoffbilanz mit Berücksichtigung des in Athemluft, im Harn und im Kothe ausgeschiedenen Kohlenstoffes ergab bei dem Vergleiche mit der Kohlenstoffzufuhr in der Nahrung, dass neben dem Eiweiß auch Kohlenstoff als Fett im Organismus zurückgeblieben sein musste. Bei dem Größenunterschiede, der im Eiweißgehalte zwischen Kuhmilch und Muttermilch besteht, einem Unterschiede der Art, dass in der Nahrung eines Brustkindes 0,16% N und in derjenigen eines Flaschenkindes 0,43% N enthalten ist, war es von großem Interesse, zu vergleichen, was in den beiden Fällen, deren Stoffwechsel jetzt analysirt worden ist, mit den so verschiedenen Mengen von Stickstoff geschehen ist. Da ergibt sich:

| | Brustkind | Flaschenkind |
|---------------------------|-----------|--------------|
| Aufnahme pro Tag und Kilo | 0,160 g N | 0,530 g N |
| Abgabe „ „ „ „ | 0,107 „ „ | 0,445 „ „ |
| Aufspeicherung „ „ „ | 0,053 „ „ | 0,085 „ „ |

Also das Flaschenkind ist nicht im Stande, von dem eingenommenen N einen der größeren Zufuhr entsprechenden Procentsatz zu verwerthen, es erzielt vielmehr nur eine größere Zersetzung des Eiweißes. Es nimmt 4mal so viel N auf und scheidet ganz in demselben Verhältnisse aus, so dass man also den Schluss ziehen kann, dass aller über das Bedürfnis des Brustkindes hinausgehende Betrag der Stickstoffzufuhr nur in sehr beschränktem Maße dem Ansätze zu gute kommt. Die unnöthig große Stickstoffzufuhr bürdet dem Organismus eine größere Arbeitslast auf, und bis zu einem gewissen Grade wird die relativ bedeutende Kohlen säure- und Wasserdampfausscheidung des Flaschenkindes auf die dadurch bewirkte Steigerung der inneren Körperarbeit zurückzuführen sein. Der Schaden, der dem Säuglinge durch die viel erörterte Eiweißüberfütterung bei der künstlichen Ernährung zugefügt wird, beruht also nicht auf dem sogenannten „schädlichen Nahrungsreste“; auch wohl nicht allein auf der vermehrten Resorptionsarbeit des Darmes, sondern auf der vermehrten Arbeit beim Gesamtstoffwechsel. Fraglich

ausgeschaltet werden muss. Das gelingt nur durch starke Verdünnung der Kuhmilch, und die dadurch herbeigeführte Überfluthung des Körpers mit Wasser bringt möglicherweise einen größeren Nachtheil, als der starke Eiweißgehalt für den gesunden Säugling bedeutet.

Zwei weitere Versuchsreihen wurden mit einem atrophischen Säuglinge vorgenommen, der mit $3\frac{1}{2}$ Monaten ca. 3000 g wog und, abgesehen von den Verdauungsstörungen, keinen krankhaften Befund bot. In der 1. Versuchsreihe trank das Kind täglich 950 ccm Milch, in der 2. eine Suppe, die aus 50 g Kufekemehl bereitet war. Von gasförmigen Stoffwechselprodukten schied das Kind pro Kilo und 24 Stunden aus:

bei Kuhmilchzufuhr 34,21 g CO_2 und 55,24 g H_2O ,

bei Kindermehlzufuhr 29,32 g CO_2 und 43,24 g H_2O .

Die Ausscheidungen sind also bei Milchnahrung erheblich höher. Die Ausnutzung der Milch im Darmkanale war erheblich schlechter, als beim gesunden Säuglinge (siehe oben). Der Verlust im Kothe betrug 8,91% der Trockensubstanz, 18,27% des Stickstoffes, 15,54% des Fettes und 45,45% der Asche. Dass dem Kinde eine vielleicht überreichliche Nahrung zugeführt wurde, ist möglicherweise der Grund für die schlechte Resorption, die namentlich beim Eiweiß auffällt. Noch ungünstiger gestaltete sich die Eiweißresorption bei der Kindermehlnahrung. Die Verluste im Kothe betrugen hier: 14,71% der Trockensubstanz, 43,81% des N, 43,1% des Fettes und 66,0% der Asche. Trotz der relativ schlechten Eiweißresorption hat das atrophische Kind bei Kuhmilchzufuhr mehr Eiweiß resorbiert, als gerade zur Deckung des Eiweißbedürfnisses nöthig war, und hat einen sehr beachtenswerthen Antheil der Zufuhr am Körper angelagert. Wie die Kohlenstoffbilanz ergibt, ist gleichzeitig auch noch Fett zum Ansätze gekommen, während in der Mehleriode sowohl Eiweiß wie Fett abgeschmolzen wurden. Bei der Kuhmilchkost befand sich das atrophische Kind in Überernährung, bei Kindermehlkost in partieller Inanition.

Als Ergebnis der kalorimetrischen Bestimmungen der gesamten Stoffersetzung und der Wärmebildung ergab sich für den Kraftwechsel, dass eine abnorme Art desselben bei dem atrophischen Kinde nicht vorliegt. Dem atrophischen Kinde eigenartig erscheint nur die geringere Resorptionsfähigkeit seines Darmes, die reichlichere Kothbildung. Die Spannkraft der Erhaltungsdiät des Säuglings muss zwischen etwa 1021 Kalorien (pro Quadratmeter Oberfläche) angenommen werden. Unter dieser Voraussetzung betrug die überschüssige Kost bei Kuhmilchnahrung beim normalen Kinde +44%, beim atrophischen Kinde +35,5%, und die Steigerung der Wärmebildung betrug beim ersteren 9,7% und beim letzteren 5,2%. Mit dem Kraftwechsel des Erwachsenen von gleichem Körpergewichte bei Erhaltungskost verglichen, erwies sich derjenige des Säuglings bei Erhaltungsdiät als kleiner. Die Intensität des Kraftwechsels (die pro 1 kg Lebendgewicht erzeugte Wärme) war bei dem atrophischen Säugling mit ca. 89—99 Kalorien pro Tag am größten und übertraf um das 2,6fache diejenige des Erwachsenen (34 Kalorien). Das normale Kind bei mäßiger Überernährung mit Kuhmilch lieferte 69 Kalorien pro Kilogramm.

Von den zahlreichen interessanten Einzelheiten der Versuchsergebnisse seien nur noch die Verhältnisse der Wasserausscheidung erwähnt. Sie ist bei dem Säugling ungemein groß. Die stärkere Lungenventilation beim Schreien mag dazu beitragen. Hauptsächlich ist die lebhaftere Verbrennung, welche in dem kleinen Organismus vor sich geht, die Ursache. Etwa 30% der gesamten Wärmeabgabe kommt auf den Verlust durch Wasserverdampfung. Etwas ganz Eigenartiges für den Säuglingstoffwechsel ist die Überfluthung mit Wasser, welcher der Körper ausgesetzt ist. Namentlich beim atrophischen Säugling sind die Wassermengen, welche er zu bewältigen hat, ganz ungeheure. Um dem schwächlichen Kinde es gleich zu thun, müsste ein Erwachsener von 60 kg Gewicht ca. 18 Liter Wasser täglich aufnehmen.

Weintraud (Wiesbaden).

24. H. Cramer. Über die Nahrungsaufnahme des Neugeborenen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 2.)

Es besteht ein gewisses proportionales Optimum zwischen Nahrungszufuhr und Gewichtszuwachs, das in dem Satze zum Ausdruck kommt: diejenige Ernährungsmethode ist die beste, welche bei möglichst geringer Nahrungszufuhr den möglichst größten Gewichtszuwachs sichert. Dieses Optimum der Nahrungszufuhr ist für natürliche und künstliche Ernährung bis zum 10. Lebenstage annähernd gleich, man könnte diese Nahrungszufuhr die physiologische nennen; es erhellt daraus, wie ungemein wichtig gerade bei künstlicher Ernährung die Innehaltung der physiologischen Nahrungsmenge ist. Ein weiterer Punkt, auf den Verf. die Aufmerksamkeit hinlenkt, ist die Frage nach der Arbeitsleistung des Säuglings bei der Nahrungsaufnahme. Während beim Saugen an der Brust ein negativer Druck von 58—140 cm Wasser mittels eines einfachen Wassermanometers nachweisbar ist, beträgt derselbe bei gewöhnlicher Pfropfendurchbohrung in der Flasche nur ca. 3—8 cm, ja bei großer Durchbohrung des Saugstopfens läuft die Milch dem Kinde ohne jede Anstrengung in den Mund. Es ist hiernach leicht zu verstehen, dass das Kind nach der Nahrungsaufnahme an der Brust ermüdet ist und einschläft, während es nach der Flaschenfütterung schreit. C. schätzt die letztere 60mal niedriger als die erstere; es gelang ihm übrigens wiederholt, durch Einschaltung größerer Widerstände bei der Nahrungsaufnahme die Kinder zum Einschlafen zu bringen, ohne dass dieselben einen Tropfen Milch zu sich genommen hatten.

Wenzel (Magdeburg).

25. Czerny. Kräftige Kost.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. LI. Hft. 1.)

Kräftige Kost, roborirende Kost sind Ausdrücke, welche so häufig von Ärzten gebraucht werden, dass man wohl meinen könnte, es sei außer Zweifel, was darunter zu verstehen ist. Dies ist jedoch nicht der Fall. Es ist daher nothwendig, dahin zu streben, dass die Ausdrücke, mit welchen man sich gern über manche Lücke der Therapie hinweghilft, entweder streng präcisirt oder vollständig beseitigt werden.

Kräftige Kost wird einerseits prophylaktisch angewendet, um Wachsthum und Entwicklung des Körpers schnell vorwärts zu bringen und dadurch vor manchen Krankheiten zu schützen oder um ihn für Krankheitsfälle widerstandsfähiger zu machen. Andererseits sucht man therapeutisch durch kräftige Kost eine Hebung des Kräftezustandes bei oder nach akuten und chronischen Krankheiten zu erreichen. Schließlich wird die kräftige Kost vielfach bei Kindern bemittelter Eltern angewendet in dem guten Glauben, dass sie die beste sei, welche man den Kindern angedeihen lassen kann.

Wie steht es nun mit den Erfolgen bei sog. kräftiger Kost, welche gewöhnlich aus Milch, Eiern und Fleisch besteht?

Besteht die kräftige Kost hauptsächlich aus Milch, so ist häufig Obstipation die Folge, in anderen Fällen auch hochgradige Anämie. Beide Symptome verschwinden, wenn statt der Milch gemischte Kost resp. vegetabilische Nahrung gegeben wird. Vorwiegende Ernährung mit Eiern ist oft Ursache von Diarrhöen. Bei Überernährung mit Fleisch finden wir häufig starkes Harnsäuresediment im Urin oder eine Vulvitis. Andere Symptome, deren Ursache nicht nur die unzweckmäßige Zusammensetzung, sondern gleichzeitig auch die große Menge der verabreichten Nahrung ist, sind schlechter Schlaf, gelbe Verfärbung der Haut, die übrigens nichts mit Ikterus zu thun hat, häufig Milzvergrößerung und schließlich in vielen Fällen Neigung zu Hauterkrankungen, welche öfter auftreten und hartnäckiger der Therapie widerstehen, als bei zweckmäßig ernährten Kindern. Weder auf die Prophylaxe, noch auf den Verlauf der Skrofulotuberkulose hat kräftige Kost günstigen Einfluss, sie giebt höchstens zu Komplikationen Veranlassung. Bei neuropathischen Kindern begünstigt die kräftige Kost die Entstehung hysterischer Erscheinungen, auf die Empfänglichkeit für Infektionskrankheiten und den

Die sog. kräftige Kost in Form von Fleisch, Eiern und Milch, also eine sehr eiweißreiche Kost, leistet also nicht so viel, dass es statthaft wäre, Alles zu ignoriren, was wir über den Werth einzelner Nahrungsmittel seit Liebig erfahren haben. Das Stickstoffbedürfnis des wachsenden Organismus wird viel besser bei gleichzeitiger Zufuhr von Kohlehydraten und kleineren Mengen von Stickstoff gedeckt.

Dass man durch gesteigerte Eiweißzufuhr bei bestehender Infektionskrankheit den Eiweißzerfall nicht verhindern kann, ist in jedem Falle leicht nachzuweisen. Zur Regeneration verloren gegangener Gewebe nach erloschener Infektion vorübergehend eine eiweißreichere Nahrung zuzuführen, wäre heute noch die einzige Indikation für eine kräftige Kost, nur mit dem Unterschiede, dass dieselbe durch Kohlehydrate zu ergänzen wäre.

Keller (Breslau).

26. Guccio Cardello. L'alimentazione carnea in rapporto allo sviluppo e alle condizioni dell' apparato gastro-enterico.

(Pediatria 1899. No. 3 u. 4.)

Da die Unsitte, den Kindern bereits frühzeitig Fleisch in der Nahrung zuzuführen, leider noch genug verbreitet ist, sind Mittheilungen, wie die des Verf., erwünscht. Auf Grund von Beobachtungen in der Privatpraxis und in der Klinik zu Neapel kommt Verf. zu dem Schlusse, dass von fast allen Kindern im Alter von 12 bis zu 20 Monaten Fleischnahrung schlecht vertragen wird, da bei den meisten sofort oder nach einigen Tagen Verdauungsstörungen auftreten und das Fleisch meist unverdaut in den Fäces nachzuweisen ist. Gleichzeitig wurde Körpergewichtstillstand oder gar -Abnahme konstatiert.

Längere Zeit durchgeführte Fütterungsversuche an jungen Hunden bestätigten das Resultat seiner Beobachtungen.

Keller (Breslau).

27. C. Virchow. Ausnutzungs- und Stoffwechselversuche mit dem neuen Eiweißnährpräparate »Plasmon« (Siebolds Milcheiweiß).

(Therapeutische Monatshefte 1900. No. 1.)

Verf. berichtet über Stoffwechselversuche, welche er an sich selbst anstellte. Sie ergaben, dass das Plasmon nicht nur höher verdaulich als alle bekannten Eiweißpräparate, sondern sogar als das Fleisch ist. Das Versehren der Fleischkost des Versuches kostete eine gewisse Überwindung. Der während der Zeit entleerte Harn enthielt verhältnismäßig viel ausgeschiedene Harnsäure. Der Harn der Plasmonversuche war durchweg klar und ohne jegliche Ausscheidungen. — Besonders in 2 Formen empfiehlt Verf. den Plasmongenuss: die Lösung und das Plasmonbrot. — Seine Erfahrungen fasst er dahin zusammen: Plasmon ist ein Eiweißkörper von sehr hohem Eiweißgehalt und höchster Verdaulichkeit. Es kann alle animalischen Eiweißnahrungsmittel vertreten, da es sogar das Fleisch an Wirkungswert übertrifft. Da es auch bei angestrengter Thätigkeit den Körper leistungsfähig erhält, so kann es in Anbetracht seines niedrigen Preises und seiner fast unbegrenzten Verwerthbarkeit in der Küche als Volksnahrungsmittel warm empfohlen werden.

v. Boltenstern (Bremen).

28. Coulthard. Rectal feeding in exhaustion following children's ailments.

(Brit. med. journ. 1900. Januar 13.)

C. empfiehlt bei Kindern, welche durch Diarrhöen, Bronchopneumonie und andere Krankheiten erschöpft sind, die Anwendung von Nährklystieren von folgender Zusammensetzung. Zu einer Mischung von 1 Esslöffel Valentine's Fleischsaft und 1 Esslöffel Branntwein sind 8 Esslöffel sterilisirter Milch und 10 Esslöffel sterilisirten Wassers zuzusetzen. Dem Ganzen füge man ein Ei und

einen halben Theelöffel Sals hinzu. Von dieser Lösung sind 2stündlich 4 Esslöffel per Spritze mittels Jaques' Patentkatheter als Klysma zu verabreichen. Der Gummischlauch muss so hoch hinaufgeschoben werden wie möglich. Unerlässliche Bedingung ist, die Beine des Kindes während der Rectalinjektion zu erheben; wenn das Kind nicht zu schwach ist, sollte vorher eine Darmausspülung mit warmem Wasser vorgenommen werden. Der Gummischlauch ist etwa 2 Minuten nach Beendigung des Nährklystieres langsam aus dem Darms des Kindes zu entfernen. Gewöhnlich genügen 3—4 solcher Nährklystiere, bis das Kind sich erholt hat, so dass dann die Nahrung wieder per os gegeben werden kann.

Friedeberg (Magdeburg).

29. Jacobs. . Über Rectalernährung.

(Festschrift für Julius Lazarus 1. April 1899.)

Bei einer 18jährigen Pat., die innerhalb 24 Stunden 1800 ccm Blut erbrochen hatte, gelang es durch die Rectalernährung, volle 32 Tage ausschließlich die Ernährung des Organismus durchzuführen. Da die Pat. am 26. Tage reiner Rectalernährung etwa 200 ccm sauer riechende, Salzsäure und Milchsäure enthaltende Flüssigkeit erbrach, schien es fraglich, ob nicht durch antiperistaltische Bewegung ein Theil der rectal eingeführten Speisen in den Magen gelangt sein könnte. Um diese Frage zu lösen, setzte J. einer anderen rectal ernährten Pat. zu den Nährklystieren Carbo animalis zu, welche dann mikroskopisch im Erbrochenen festgestellt werden konnte. Verf. hält diesen Nachweis für einen unswefelhaften Beweis der Darmantiperistaltik.

Seifert (Würzburg).

30. A. Gebhart. Die Beeinflussung der Resorption im Dünndarme durch Adstringentien.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. LXVI.)

Die Versuche wurden an einem Hunde mit Vella'scher Darmfistel in der Weise ausgeführt, dass zuerst bestimmt wurde, wieviel Zucker aus einer eingefüllten 1%igen Lösung in 15 Minuten resorbiert wurde, und dass dann derselbe Versuch unter Zusatz von Adstringentien (Tannin, Alaun, AgNO₃, Plumb. acet., Bism. subnit.) ausgeführt wurde. Es ergab sich, dass alle diese Mittel die Dünndarmresorption erheblich (um $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{2}$) herabsetzen, am meisten unter ihnen Tannin. Verabreichung der Mittel per os hatte diesen Effekt nicht, sie üben also eine rein lokale Wirkung aus; diese resorptionshemmende Wirkung lässt sich noch $\frac{1}{2}$ Stunde nach der Entfernung des Mittels aus der Darmschlinge nachweisen.

Die Versuche bestätigen die Schmiedeberg-Harnack'sche Theorie von der Wirkung der Adstringentien durch Eiweißfällung auf der Oberfläche der Schleimhaut; dem entsprechend erwies sich auch die Hemmung der Resorption geringer, wenn die Mittel in Modifikationen übergeführt waren, in denen sie Eiweiß schwer oder nicht mehr fällen (Albumintannat).

D. Gerhardt (Straßburg i/E.).

31. Kisch. Die diätetische Behandlung der Frauen im Alter der Menopause.

(Zeitschrift für diätet. u. physikal. Therapie Bd. III. Hft. 8.)

Bei den Beschwerden des Klimakteriums, die in der Hauptsache ätiologisch auf 2 Momenten beruhen, einmal auf Cirkulationsstörungen mit den Erscheinungen der Blutstockung und Blutwattung, dann auf einer Alteration des Nervensystems mit ihren Folgen, mannigfachen Hyperästhesien, Neuralgien, ja selbst psychischen Erkrankungen, fällt der Ernährungstherapie die dankbarste Aufgabe zu. — Die Nahrung muss sowohl in Bezug auf Quantität wie Qualität eine sorgfältige Berücksichtigung finden. Eine Überernährung ist zu meiden; die Diät soll am besten eine gemischte sein, wobei alle Reizmittel, Kaffee, Thee, namentlich aber die alkoholischen Getränke, thunlichst auszuschalten sind. Reichliches Wassertrinken ist sehr zu empfehlen. Bei übermäßiger Fettentwicklung ist eine leicht

entfettende Kostordnung nothwendig (ausreichende Eiweißzufuhr, Reduktion der Fettszufuhr auf ein Minimum, geringe Mengen von Kohlehydraten), daneben körperliche Bewegung.

In Fällen, wo die Menses plötzlich aufhören, oder aber diese Erscheinung in einem verhältnismäßig frühen Lebensalter mit Steigerung der klimakterischen Beschwerden auftritt, hat sich eine methodisch durchgeführte Milchkur sehr nützlich erwiesen.

Bei Erregungszuständen des Nervensystems sind thermisch-indifferente Bäder einige Wochen hindurch täglich zu verordnen.

Störungen in der Darmthätigkeit sind in allen Fällen sehr zu berücksichtigen.

H. Bosse (Riga).

32. Biedert. Die Versuchsanstalt für Ernährung, eine wissenschaftliche, staatliche und humanitäre Nothwendigkeit.

(Deutsche Praxis 1899. No. 20 u. 21.)

B. hat auf der Naturforscherversammlung in München die Forderung aufgestellt, ein besonderes Institut zu schaffen Behufs dauernder, systematischer Erforschung der Ernährungsfragen für Kinder und Erwachsene. Der vorliegende Aufsatz enthält neben kurzen Erläuterungen, deren Disposition in der Überschrift gegeben ist, die Sätze, die B. zur Begründung der Nothwendigkeit einer derartigen Anstalt vorgelegt hat. Dieselben bieten eine eingehende Zergliederung der Arbeitsziele und Einrichtungen der gedachten Versuchsanstalt und verdienen die eingehendste Beachtung. Ein Institut für Ernährungsstudien ist, wie in der Diskussion einhellig anerkannt wurde, ein dringendes Bedürfnis.

Einhorn (München).

33. E. Thiercelin et A. Chevreu. La levure de bière dans le traitement des gastro-entérites et en particulier des gastro-entérites infantiles.

(Revue de thérapeutique 1899. December 1.)

Verff. empfehlen die Bierhefe als ein nach ihren Erfahrungen sehr wirksames Mittel gegen die subakuten und chronischen Gastroenteritiden, besonders im Kindesalter. Ein Kaffeelöffel trockener Bierhefe wird in 50—60 g lauen Wassers angerührt, nach vorheriger Reinigung des Mastdarmes in denselben eingegossen und in ihm belassen. Diese Eingießungen werden täglich 2mal, in schweren Fällen 3mal vorgenommen. Die günstige Wirkung besteht sowohl in Beeinflussung des Fiebers, wie der dyspeptischen Symptome; sie wird von den Verff. auf die Bekämpfung der pathogenen Mikroorganismen durch die Hefepilze zurückgeführt. Die diätetische Behandlung ist die übliche.

Ephraim (Breslau).

34. Dörfler. Behandlung der chronischen Obstipation im Kindesalter.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 4.)

Die bei künstlich genährten Kindern häufig auftretende Obstipation führt Verf. auf die starke Verdünnung des Kuhmilchgemenges zurück, welche auch die reichliche Harnabsonderung solcher Kinder bewirkt. Die eingeführte Nahrung ist zu wasserreich und zu voluminös, zu fettarm und hemmt die Kaseinverdauung durch die übermäßige Verdünnung des Magen-Darmsaftes. Als ein vorzügliches Mittel, welches die Nahrungsbestandtheile reizlos vermehrt und andererseits die gesammte Darmthätigkeit anregt, auch den Speisebrei mechanisch leichter beweglich macht, hat Verf. die frische süße Butter gefunden, und er empfiehlt dieselbe auf Grund ausgedehnter Erfahrung zur Beseitigung der reinen Obstipation vom 2. Monate an in Gaben von 1—3 Kaffeelöffeln täglich. Markwald (Gießen).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur Prof. Dr. H. Unverricht in Magdeburg-Sudenburg (Leipzigerstr. 44), oder an die Verlagshandlung Breitkopf & Härtel, einsenden.



ST